



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

**IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES CON PADRES  
PROFESIONISTAS SEPARADOS DEL MUNICIPIO DE TEJUPILCO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**JOSÉ EDUARDO ARGÜERO ROJO  
NO DE CUENTA 1629386**

**DIRECTOR DE TESIS:  
M. EN D. DELIA ALBITER PUEBLA**

**TEJUPILCO, MÉXICO.  
NOVIEMBRE, 2021.**



## PRESENTACIÓN

La ideación suicida suele ser un paso previo a la conducta suicida y consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia. Idea suicida sin método determinado se presenta cuando el adolescente ya decidió llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

El riesgo suicida es considerado como un fenómeno, que se presenta en personas con diferente género, edad, cultura, clase social, entre otras. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de interés por la vida hasta la planificación de un acto de autoeliminación, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, por lo que se considera de vital importancia su identificación de manera precoz; es por ello que el objetivo de esta investigación es analizar la ideación suicida en adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco.

La presente investigación está integrada por dos partes: marco teórico y un marco metodológico. El marco teórico está conformado por dos capítulos el primero aborda la ideación suicida, su etiopatogenia, clasificación, factores de riesgo, signos y señales de la ideación suicida, diagnóstico, tratamiento, conducta suicida, criterios para la definición de la conducta suicida, el suicidio y su aproximación histórica, teorías del suicidio, motivos, causas y características del suicidio.

El capítulo dos de adolescencia aborda temas tales como definición de adolescencia, origen de la adolescencia, etapas de la adolescencia, Teorías de la adolescencia, características de la adolescencia desarrollo cognitivo, emocional y social, desarrollo de la personalidad y los problemas en la adolescencia.

En la parte dos del marco metodológico se encuentran los objetivos de esta investigación, el planteamiento del problema, tipo de estudio, variables, población, muestra, el instrumento utilizado, diseño de la investigación, captura de la información y procesamiento de la información. Finalmente se encuentran los resultados encontrados, la discusión conclusiones, sugerencias y referencias.

## RESUMEN

La ideación suicida, el suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Es por ello que el objetivo de esta investigación fue analizar la ideación suicida en adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco.

La muestra de esta investigación es no probabilística de tipo intencional ya que solo se trabajó con adolescentes de ambos sexos de 15 a 16 años, que estudien en una escuela preparatoria pública. El instrumento que se utilizó en esta investigación fue la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida.

**Palabras Claves:** Instrumento, Ideación Suicida, Adolescentes, Investigación, Suicidio, Jóvenes.

## **ABSTRACT**

Suicidal ideation, suicide and its attempts are one of the most serious health problems today. Suicide data among young people are very worrying, between 15 and 24 years it is established between the second and third cause of death, the same for both sexes. That is why the objective of this research was to analyze suicidal ideation in adolescents with professional parents separated from the municipality of Tejupilco.

The sample of this research is non-probabilistic of an intentional type since it only worked with adolescents of both sexes between 15 and 16 years old, who study in a public preparatory school. The instrument used in this research was the Scale for Suicide Ideation (SSI) is a hetero-applied scale, developed by Beck (1979) to quantify and evaluate suicidal intent.

**Key Words:** Instrument, Suicidal Ideation, Adolescents, Research, Suicide, Youth.

**“IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES CON PADRES  
PROFESIONISTAS SEPARADOS DEL MUNICIPIO DE  
TEJUPILCO”.**

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>PRESENTACIÓN</b>   | 6  |
| <b>RESUMEN</b>  | 8  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | 13 |
| <b>Capítulo I</b>   | 16 |
| <b>1.1 Ideación suicida</b>   | 17 |
| 1.1.1 Definición  | 17 |
| 1.1.2 Etiopatogenia   | 18 |
| 1.1.3 Clasificación   | 18 |
| 1.1.4 Factores de riesgo de la ideación suicida                       | 19 |
| 1.1.5 Signos o señales de alerta                                      | 20 |
| 1.1.6 Factores de riesgo asociados a la ideación suicida              | 21 |
| 1.1.7 La ideación suicida en los adolescentes                         | 33 |
| 1.1.8 Diagnóstico   | 36 |
| 1.1.9 Tratamiento   | 38 |
| 1.1.10 Conducta suicida   | 39 |
| 1.1.11 Criterios para la definición de las conductas suicidas         | 44 |
| <b>1.2 Suicidio</b>   | 47 |
| 1.2.1 Definición  | 47 |
| 1.2.2 Aproximación histórica al comportamiento suicida                | 48 |
| 1.2.3 Desarrollo histórico de las teorías modernas sobre el suicidio. | 51 |
| 1.2.3.1 Concepción patológica del suicidio                            | 51 |
| 1.2.3.2 Teoría sociológica del Suicidio                               | 51 |
| 1.2.3.3 Teoría psicoanalítica del suicidio                            | 53 |
| 1.2.4 Motivos, causas y sintomatología                                | 55 |
| 1.2.5 características del suicidio                                    | 57 |
| 1.2.6 Suicidio y adolescencia   | 58 |
| <b>Capítulo II</b>  | 62 |
| <b>Adolescencia</b>   | 62 |
| 2.1 Definición de Adolescencia  | 62 |
| 2.2 Origen de la adolescencia   | 63 |
| 2.3 Características de la Adolescencia                                | 65 |
|   | 11 |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 2.4 Etapas de la adolescencia.    | 75  |
| 2.5 Teorías sobre la adolescencia | 84  |
| 2.6 Problemas de la Adolescencia  | 86  |
| <b>Método</b>                     | 89  |
| Objetivos                         | 89  |
| <b>Objetivo General</b>           | 89  |
| <b>Objetivos Específicos</b>      | 89  |
| Planteamiento del problema.       | 90  |
| Tipo de Estudio                   | 91  |
| Variables                         | 91  |
| <b>Variable conceptual</b>        | 91  |
| <b>Variable operacional</b>       | 91  |
| Muestra                           | 91  |
| Instrumento                       | 92  |
| Diseño de la investigación        | 93  |
| Captura de información            | 93  |
| Procesamiento de información      | 94  |
| <b>Análisis de resultados</b>     | 95  |
| <b>Discusión</b>                  | 101 |
| <b>Conclusiones</b>               | 106 |
| <b>Sugerencias</b>                | 108 |
| <b>Referencias</b>                | 110 |



## INTRODUCCIÓN

La ideación suicida se considera como un trastorno, como el inicio o primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumir el suicidio. La literatura disponible sobre el tema, al destacar su carácter multifactorial, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que coadyuven a la prevención de este problema. Todo empieza con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea: el suicidio (Fouce y Fossoul, 2007).

Teniendo en cuenta que la ideación suicida son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. El funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima social y, negativamente, con la sintomatología depresiva y los problemas de integración escolar se relacionan positivamente con la sintomatología depresiva y con la victimización escolar, dimensiones éstas que tienen una relación directa con la ideación suicida.

Según Villalobos (2009) menciona que se podría decir que un buen ajuste en los adolescentes reduciría el riesgo de ser victimizados, de padecer sintomatologías depresivas y llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo de tener ideaciones suicidas. La presencia de la ideación y el intento suicida es más frecuente en las mujeres jóvenes que en los hombres, de acuerdo con las anteriores investigaciones. En los adolescentes y jóvenes universitarios a nivel mundial el riesgo de ideación y conductas suicidas es alto y aumenta potencialmente cuando hay presencia de depresión y consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.

La ideación suicida y el intento suicida son más frecuentes en la población femenina y el abuso sexual es un aspecto asociado de importante relevancia. En los jóvenes en general, los estilos parentales, los vínculos y los diferentes roles que se asumen en una familia son vitales y estas relaciones pueden ser las que den sentido a sus vidas o que, por el contrario, los lleven a los actos suicida (Gould, 1998)

Los estudios sobre el fenómeno en su mayoría son de corte epidemiológico, mostrando las frecuencias de las acciones, las ideaciones suicidas y de los factores de riesgo o factores que se asocian con ellas". Carreño (2004, Pag.509) Se hace necesario investigar con una mirada social; aunque existen estudios desde este enfoque, es indispensable seguir trabajando, puesto que analizar la subjetividad, las interacciones, los vínculos y los roles particulares de los implicados puede dar un panorama diferente que lleve a repensar el fenómeno con miras a una intervención adecuada, que oriente a los jóvenes hacia una apuesta por la vida.

Buelga (1999), menciona que el suicidio en jóvenes es uno de los temas menos tratados en la literatura y lamentablemente todo indica que va en aumento, es considerado un problema de salud pública .La conducta suicida viene ligada a la depresión, al abuso sexual, la disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar debido a que un niño o un adolescente, no ha desarrollado aun los mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas.

Amezcuca (2001) refiere que en los últimos años el suicidio ha sufrido un incremento a expensas principalmente de las poblaciones más jóvenes, y es considerado un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca "casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares", las víctimas podrían ascender a 1,53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos.

Como factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes se ha encontrado la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y maltrato. Dado que existe una mayor prevalencia de intentos de suicidio a menor edad los educadores y los padres deben conocer los factores de riesgo que pueden presentar los jóvenes y se deben incrementar estrategias de detección

e intervención. Esta revisión tiene como objetivo determinar algunos aspectos del suicidio e identificar los factores de riesgo y prepararse para enfrentar este fenómeno que cada vez tiene mayor importancia debido a su prevalencia (Valadez, 2011, p.67-77)

Por lo tanto el intento suicida implica una serie de acciones u omisiones que no finalizaron con la muerte, pero que son realizados por el mismo sujeto con el propósito de causar su deceso. En este sentido, es importante subrayar que la idea suicida es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que ello implique que se llegue a intentarlo. Es por ello que el objetivo de esta investigación fue analizar la ideación suicida en adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco

## **Capítulo I**

### **Ideación suicida y suicidio**

## **1.1 Ideación suicida**

### **1.1.1 Definición**

Para la OMS (2000), la ideación suicida se define como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia; se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal.

También la definen como pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable. El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados (OPS, 2011)

Para Blank, (1989), la ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida.

### **1.1.2 Etiopatogenia**

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida.

Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo depresivo, que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos.

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones como frustración o rechazo, el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas (De la Torre Martí, 2013).

### **1.1.3 Clasificación**

Para Córdova Osnaya, Rosales Murillo, Caballero Avila, & Rosales Perez (2007), la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir.

Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida.

Es común la expresión “La vida no merece la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme”, “Para vivir así es preferible estar muerto”.

- La representación suicida.

Consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado, etc.)

- La idea suicida sin un método determinado.

Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.

- La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún.

Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia.

- La idea suicida con un método determinado sin planificación.

El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

- La idea suicida planificada o plan suicida.

El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumir el suicidio con éxito.

#### **1.1.4 Factores de riesgo de la ideación suicida**

Según Marti (2003), se debe prestar atención si se encuentra alguno de los siguientes Factores de riesgo:

- Depresión
- Alcoholismo
- Adicción a sustancias
- Psicosis
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones

- Aislamiento
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento)
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia
- Trauma reciente (físico o psicológico)
- Plan específico de suicidio formulado
- Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo
- Exhibir una o más emociones negativas intensas poco características
- Preocupación por abuso pasado

### **1.1.5 Signos o señales de alerta**

Según De la Torre Marti, (2003) las personas que se encuentran en riesgo suicida, presentan los siguientes signos o señales de alerta habituales:

- Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”.
- Piensa a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.



- Amenaza o se lo comenta a personas cercanas, lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.
- Lleva a cabo determinados preparativos relacionados con su desaparición, como, por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.
- Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo. Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.
- Pierde interés por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.
- Está muy deprimido y mejora de forma repentina e inesperada, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.
- Aparece un cambio repentino en su conducta. Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación.
- Se observa u obtiene información de autolesiones, sean estas lesiones más o menos relevantes.

#### **1.1.6 Factores de riesgo asociados a la ideación suicida**

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Che, 2009). Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se

influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio.

### **a) Ideación suicida y factores psicológicos**

El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática. Por lo que consideramos importante realizar un breve análisis de cada uno de estos factores de riesgo.

Cabe destacar que en una perspectiva de campo como la que se adopta en este escrito, las variables psicológicas se consideran como una descripción del comportamiento psicológico como organización funcional y no se preocupa en buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen. Por tal motivo, a continuación se realiza una breve descripción de las variables psicológicas asociadas a la ideación suicida, así como la reconceptualización en términos de campo de dichas variables.

#### **● Ideación Suicida y Depresión**

Diversas investigaciones reportan que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau, y. Lee, 2009; Garlow, S. et al. 2008; McLaren, y Challis, 2009; Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez-Ferrer, 2010; Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

Krug (2003), en el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS se señala que las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos. Inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, et al, 2009). En una investigación realizada por Sánchez-Sosa (2010), con población

adolescente, encontraron mediante un análisis de modelamiento estructural que la sintomatología depresiva presenta una relación significativa, directa y positiva con la ideación suicida. Señalándose como la variable que mejor predice la ideación suicida al constituirse como el factor con el coeficiente estructural más alto.

La APA (2002), en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR considera la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por desesperanza y tristeza aunado a una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Coffin, Álvarez y Marín (2011), plantean que la depresión ocurre en las esferas psíquica, somática y conductual y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo de pertenencia. Esta concepción de la depresión como entidad causal propia de la tradición intelectualista en Psicología que, además de adoptar una postura unicausal enfatiza que lo psicológico es producto de entidades internas subjetivas.

Sin embargo, una supuesta evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que genera una doble función que por un lado son independientes (como causa) pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos. Generando con esto una confusión conceptual respecto a este factor.

Desde una perspectiva de campo las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree sino que también está presente en otros organismos. Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (alegría, tristeza, euforia, nostalgia, coraje) son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares difieren, ya que la situación está mediada por experiencias previas de aprendizaje.

Así, en base este concepto se debe considerar a la emoción como un comportamiento biológico-funcional producto de interacciones complejas con el medio ambiente físico y social. Por su parte, la depresión constituiría un comportamiento emocional disfuncional. De tal forma que una concepción de campo de la depresión se deberá centrar en el ámbito interactivo y no en supuestas características y/o propiedades, sobre todo cuando dichas propiedades son subjetivas e inespaciales.

- **Ideación Suicida y Autoestima**

La autoestima, es también una variable psicológica relacionada con la ideación suicida. Miranda (2009), encontraron diferencias significativas en donde observaron que el grupo con ideación presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación, por otra parte, Au, Lau, y Lee, (2009), encontraron correlaciones significativas con medidas de auto concepto social.

El auto-concepto como constructo psicológico ha sido objeto de diferentes posiciones teóricas probablemente las de mayor representatividad según son las orientaciones emanadas de la Psicología cognitiva y conductismo social de Mead. El conductismo social y la Psicología cognitiva son orientaciones que difieren en el énfasis que le otorgan al estudio del Yo y del Mí, en donde el conductismo social se centra en el Mí, es decir en el componente social del auto-concepto, en cómo éste se configura a partir de la interacción del individuo con los demás miembros de la sociedad, mientras que la Psicología cognitiva se ha preocupado de investigar los aspectos procesales centrándose en lo que sus autores llaman estudio del Yo, abocándose a las estructuras de conocimiento relativas a uno mismo y su incidencia en la conducta del individuo, adoptando un carácter reduccionista al centrar sus explicaciones en aspectos procesales de naturaleza interna.

George Herbert Mead quien desarrolló el conductismo social y a quien erróneamente se le asocia con el interaccionismo simbólico (Belanger, 2001), considera que la conducta del grupo social no es construida de acuerdo con la conducta de los individuos que lo componen, sino que se debe comenzar con un

todo social dado, de actividad grupal compleja (la red social), en el cual se considera el comportamiento de cada uno de los individuos que lo integran (Forni, 1988). Desde la perspectiva del conductismo social, la Psicología social de Mead es un intento de explicar la conducta y la experiencia del individuo en términos de la conducta organizada del grupo social (Mead, 1934).

Aunque tanto el Conductismo Social (Mead) como el Interaccionismo Simbólico (Blumer) basan sus concepciones en la Psicología pragmática, estas posturas mantienen posiciones ontológicas contrarias ya que mientras Blumer sostiene la posición ontológica del nominalismo social, Mead se centra en el realismo social. Así, mientras que para el Interaccionismo Simbólico el punto de partida es el sujeto, para el conductismo social comienza observando a la sociedad como un todo (Forni, 1988). Este análisis que expresa Forni en torno a estas dos posturas perfila la posición ontológica del interaccionismo simbólico bajo una perspectiva fenomenológica de tipo Lewiniano, mientras que los postulados de Mead están relacionados con la perspectiva de campo que se propone en este capítulo.

La autoestima se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; mediante este constructo expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio que tiene de sí mismo una persona; es decir es un evento privado, pero no en el sentido internalista sino de unicidad, por lo que debe de conceptualizarse como un evento personal y no subjetivo. De tal manera que, el concepto de autoestima es considerado como un tipo de aprendizaje social de auto descripción (Epling y Pierce, 1992) producto de la interacción y la historia comportamental del individuo.

La evidencia empírica con respecto a la relación entre autoestima e ideación suicida es controvertida ya que mientras en algunas investigaciones se observa que la autoestima no se relaciona significativamente con la ideación suicida (Jiménez, Mondragón y González, 2007), en otras se constata una relación directa y significativa entre estas variables (Yoder y Hoyt, 2005).

Asimismo, Wilburn y Smith (2005) proponen en otro estudio que una baja autoestima predispone al adolescente a la depresión y por ende a las ideas suicidas. La falta de consenso encontrada en la literatura especializada en torno a la relación entre autoestima e ideación suicida, podría encontrar explicación en los resultados obtenidos en una investigación, realizada por Sanchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez-Ferrer (2011) en donde se plantearon tres modelos explicativos de ideación suicida (uno general y dos en base a sexo), encontrando que la relación directa estimada entre la autoestima social y la ideación suicida en el contraste empírico no fue significativa tanto para el modelo general como para el modelo de mujeres. Sin embargo, en el modelo de hombres se expresa una relación directa y significativa entre autoestima social y la ideación suicida, además de una relación indirecta entre estas a través del efecto directo de la autoestima social con la sintomatología depresiva.

Este Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida en hombres propuesto en esta investigación se encuentra en la misma línea que en el modelo estructural propuesto por Sun, Hui y Watkins (2006), quienes observaron una relación directa de variables contextuales con la autoestima la cual, a su vez, tenía una relación directa con la depresión que finalmente predecía a la ideación suicida. Estos resultados sugieren que la relación entre autoestima social e ideación suicida esta mediada por el sexo, por lo que consideramos que en futuras investigaciones se tome en cuenta esta variable.

- **Ideación Suicida y Consumo de Drogas**

El consumo abusivo de drogas legales, específicamente el alcohol y las drogas ilegales son variables que frecuentemente están asociadas a la ideación y el comportamiento suicida. Murphy y Wetzel, (1990) informaron que en los Estados Unidos de Norteamérica una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol llegando incluso a considerar que el riesgo a lo largo de toda la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos. Esto resulta particularmente relevante si tomamos en cuenta que el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los

países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados (OMS, 2004), lo cual representa una grave amenaza para la salud pública ya que genera consecuencias negativas en todos los niveles: biológico, físico y psicológico no solamente en quienes lo consumen, sino también en las personas con las que interactúan.

Asimismo, los problemas asociados al alcohol como los accidentes de tráfico, la violencia en sus diferentes acepciones incluyendo al suicidio han adquirido proporciones alarmantes, hasta el punto que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios y sociales más importantes en el mundo (Elzo, 2010; Fernández y Marco, 2010; Ministerio de Sanidad, 2010).

Esta condición se agrava si se toma en cuenta que tanto en México como en los países nórdicos y del mediterráneo el patrón de consumo se caracteriza por una alta ingesta en un período corto de tiempo al menos cinco copas por encuentro cada fin de semana y, en los casos graves, a diario (Choquet, 2010; Elzo, 2010). Si a esto añadimos el hecho de que los adolescentes creen que beber es normal y que la edad de inicio en el consumo sea de 14 años (Elzo, 2010; Hernández, 2009) conlleva un importante peligro tanto para la salud individual como para la salud pública, con el agravante de que bajo ciertas condiciones, aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema y por ende los problemas asociados al consumo (como lo es el suicidio) durante la vida adulta (Villarreal et al., 2010; Laespada, 2010).

- **Ideación Suicida y Desórdenes Alimenticios**

Estudios recientes han encontrado una relación importante entre variables asociadas a problemas alimentarios y la ideación suicida. Goldney, Dunn, Air, Dal Grande y Taylor, (2009) realizaron un estudio para determinar la relación entre índice de masa corporal, salud mental e ideación suicida en el cual concluyen que no existe relación entre valores altos de índice de masa corporal e ideación suicida. En una investigación con adolescentes coreanos, Don-Sik, Youngtae, Sung-Il y In-Sook, (2009) encontraron una relación significativa entre valores bajos de índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida. Estos

hallazgos sugieren que más que una relación con índices antropométricos, la ideación suicida está asociada a desórdenes alimenticios. En relación a este supuesto, Sánchez-Sosa (2010), encontraron una relación directa y significativa de las conductas alimentarias de riesgo con la ideación suicida.

- **Ideación Suicida y otras formas de Violencia**

Como mencionamos al principio del capítulo tanto el suicidio como la ideación suicida son considerados como violencia auto-infringida, por tal motivo su relación con otras formas de violencia como la violencia escolar, violencia entre la pareja y violencia intrafamiliar, son variables que comúnmente están presentes en estas problemáticas.

Serrano y Flores (2005), en una investigación realizada con adolescentes enfatizan la importancia de la dimensión de la pareja en la vida de los adolescentes, la cual, al ser caracterizada por relaciones agresivas, influye en la aparición de rasgos suicidas. Respecto a la relación de pareja en los adultos, Krug (2003), señalan que los estudios sobre la relación entre el estado civil y las conductas suicidas revelan que las tasas más altas de este fenómeno se dan entre las personas separadas o divorciadas, incrementándose este porcentaje entre los hombres, especialmente en los primeros meses de la pérdida o separación. Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, (2007) en un estudio realizado en una clínica de Colombia durante el periodo 2003-2005 encontraron que los eventos estresantes familiares fueron los que más se relacionaron con ideación e intento suicida.

- b) Ideación Suicida y Factores Sociales (Contextuales)**

Otro grupo de factores asociados a la ideación suicida tiene que ver con los diversos contextos sociales de interacción sobre todo cuando se trata de adolescentes como serían el contexto familiar y escolar. En este periodo de vida del ser humano, el entorno social se transforma, las amistades y el grupo de iguales adquieren una mayor relevancia, por lo que resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia, escuela) constituidos como



los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un bagaje de experiencias personales y sociales saludables y positivas. Siendo la familia y la escuela los principales referentes de desarrollo para el adolescente, es prioritario el análisis de la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos en la ideación suicida.

- **Ideación Suicida y Contexto Familiar**

Resulta innegable como la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando las relaciones entre padres e hijos adolescentes se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los adolescentes sean futuros ciudadanos responsables. Por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas de ajuste en los adolescentes como, por ejemplo, problemas de autoestima y de satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así como la implicación en conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona.

Musitu y Cava (2003), determinaron mediante una investigación la gran importancia que el apoyo de los padres tiene para el ajuste del adolescente. Estos investigadores encontraron que en el caso del ánimo depresivo, éste es menor en los adolescentes que perciben mayor apoyo del padre y de la madre. El apoyo familiar se plantea de esta forma como, un importante recurso social para el adolescente cuya influencia en el bienestar puede ser tanto directa (saber que se cuenta con el apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda) como indirecta (mediada por las estrategias de afrontamiento y la autoestima) (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001).

En relación al contexto familiar, Lai y Shek (2009), en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong reportan correlaciones significativas ( $r=-.460$ ) entre funcionamiento familiar y la ideación suicida. Por su parte, Van Renen y Wild (2008), en un estudio comparativo encontraron que el grupo que reporto

ideación suicida también informo una menor comunicación y conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez (1999), concluyeron que los estudiantes que refirieron tener poco apoyo familiar tienen un 69% más posibilidad de presentar ideación suicida. Sánchez-Sosa et al. (2010) encontraron que a menor funcionamiento familiar, mayor sintomatología depresiva, lo que incrementa a su vez el riesgo de ideación suicida.

- **Ideación Suicida y Contexto Escolar**

La escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en el desarrollo y ajuste del adolescente ya que estos pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en la comunidad escolar, lo que implica, a su vez, una larga convivencia con iguales y profesores. Los iguales y profesores, como en el caso de la familia, pueden proporcionar oportunidades valiosas para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales y el establecimiento de relaciones positivas, pero también pueden constituir un terreno fértil para el desarrollo de conductas desadaptativas. Desde esta perspectiva, Musitu y Cava (2003) conceptualizaron que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida.

Sánchez-Sosa, et al. (2010) encontró una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Por su parte, Perez-Amezcu, et al. (2010) refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno y Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación suicida. Sánchez, Sosa et al. (2011) estimaron un Modelo Explicativo Psicosocial de la Ideación Suicida en el que los problemas de integración escolar se relacionan directa y significativamente con la sintomatología depresiva y la victimización escolar y estas dos variables a su vez se asocian directa y significativamente a la ideación suicida.

Lo cual ratifica el hecho de que la simple escolarización de los adolescentes no es un factor de protección, como comúnmente se cree. Sino que por el contrario, los problemas de integración escolar se constituyen como factores de riesgo de conductas desadaptativas en los adolescentes. Lo que implica que los sistemas educativos deberán de centrarse en modelos centrados en el aprendizaje y el desarrollo integral de los educandos, dejando a un lado los métodos tradicionales basados en la instrucción y la enseñanza, que son promotores de criba y retraso académico, así como desintegración escolar.

En México, la Dirección General de Prevención al Delito de la Procuraduría General de la República (2011) informó que en el 2009, las agresión a compañeros de escuela la ejercen 8.8% de los niños de primaria y 5.6% de los estudiantes de secundaria. Asimismo, reportaron que el saldo fatal del bullying durante ese año fue de 190 suicidios de adolescentes lo que representa que uno de cada seis jóvenes víctimas terminó suicidándose. Sin embargo, no solo las víctimas de bullying están expuestas al suicidio. En un estudio de más de 16,000 adolescentes realizado en Finlandia, los investigadores encontraron mayor prevalencia de depresión e ideación suicida grave tanto entre los que eran intimidados en la escuela como entre los autores de la intimidación (Kaltiala-Heino, et al. 1999).

A modo de resumen, consideramos tres aspectos que nos parecen de interés destacar de este capítulo, que son:

- 1) El suicidio como un continuo
- 2) El suicidio como un fenómeno multideterminado
- 3) El planteamiento psicosocial de campo de las variables psicológicas asociadas al suicidio

En cuanto al primer punto ya hemos planteado al suicidio como un continuo que en términos generales se inicia con una idea, pasa por una etapa de intento suicida, para finalmente consumar el acto suicida propiciando la muerte del individuo. El hecho de que la ideación suicida sea considerada como la etapa inicial de dicho

continuo y no como un factor de riesgo independiente del comportamiento suicida, implica que la investigación desarrollada en ideación suicida, sea particularmente importante para el diseño e implementación de programas preventivos de esta problemática mundial.

Respecto al carácter multifactorial del suicidio, conlleva desde nuestro punto de vista un planteamiento holístico de índole metateórico que enriquece substantivamente lo hasta ahora planteado por la Comunidad Científica Internacional, en el sentido de que al adoptar esta postura holística se trascienden las explicaciones fatalistas que centran la causalidad en variables de naturaleza interna, para adentrarnos en otros escenarios en los que participa activamente el adolescente, como la familia (funcionamiento familiar), la escuela (problemas de integración escolar y victimización escolar), además de las variables psicológicas algunas comúnmente estudiadas como la depresión y autoestima y otras que empiezan a cobrar relevancia como las conductas alimentarias de riesgo. Asimismo, cabe destacar que la multideterminación de la conducta suicida, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que contribuyan a la prevención de este problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como consecuencia de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes y que a su vez propician la consumación del suicidio.

Finalmente consideramos que el planteamiento de campo psicosocial de las variables psicológicas asociadas al comportamiento suicida, específicamente en la etapa de ideación es el aporte más importante y sustancial de este capítulo. La concepción de campo Psicosocial propone un sistema descriptivo y explicativo sincrónico al poner de relieve el concepto de interdependencia en campos de relaciones, a diferencia del esquema causal clásico el cual es lógicamente diacrónico (Ribes, 2004). Contrario a las posturas teóricas clásicas, la propuesta de campo destaca como objeto de análisis la interacción misma entre el organismo y el ambiente como centro de interés teórico (Ribes, y López, 1985). Esta postura acorde con el concepto multifactorial del suicidio sirve de base para que en futuras

investigaciones se analicen variables que integren aspectos sociales (contextuales) y psicológicos con la finalidad de construir modelos con mayor poder heurístico.

Un ejemplo de esto se puede observar en el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida en adolescentes (MEPIS) en el que Sánchez et al. (2011) estudiaron las relaciones entre variables contextuales y personales con la ideación suicida. Los autores de este trabajo encontraron una relación directa y significativa de la victimización escolar y de las conductas alimentarias de riesgo con la ideación suicida, además de relaciones indirectas del contexto familiar (funcionamiento familiar) y escolar (problemas de integración escolar) a través de las variables psicológicas. Asimismo, estos investigadores encontraron que la relación entre autoestima social e ideación suicida se encuentra moderada por el género.

Estos hallazgos trascienden lo hasta ahora planteado por la Comunidad Científica Internacional, que centra las explicaciones de esta problemática en la relación con variables de tipo emocional, pues los resultados expuestos implican variables psicológicas como problemas alimenticios, de autoestima y victimización, además de escenarios en los que participa activamente el adolescente, como la familia (funcionamiento), y la escuela (integración escolar). Consideramos al igual que Cheng, et al. (2009) que la investigación futura tiene que contemplar la interacción de factores de diversa índole con el fin de encontrar explicaciones que permitan conocer esta compleja conducta denominada suicidio.

### **1.1.7 La ideación suicida en los adolescentes**

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, los adolescentes se involucran en comportamientos de alto riesgo, buscan desesperadamente la aprobación de sus coetáneos y experimentan más conflictos con la autoridad. En opinión de Ann (2010), el escenario antes descrito, sería razón para no sorprendernos que los adolescentes tengan mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

A partir del año 2001 La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró el suicidio como un tema importante para la salud pública de los jóvenes por tres razones (Eguiluz, Córdoba, & Rosales, 2010):

- a) Es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países desarrollados, así como en los que están en vías de desarrollo.
- b) Existe grandes diferencias en las tasas de suicidio entre los diferentes países del mundo, los sexos y los grupos de edad (indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales)
- c) Los suicidios de gente joven y de las mujeres se han convertido en un problema creciente en todo el mundo.

Para González-Forteza y Jimenez (2010) la investigación de la problemática suicida en los estudiantes adolescentes requiere centrar nuestra atención en la categoría Lesiones Auto-infligidas Deliberadamente (LAD), ya que su definición comprende un amplio espectro de conductas, que pueden tener como resultado secuencias letales o no letales. En este conjunto de conductas auto-destructivas están implícita aquellas denominadas: gesto suicida, intento o tentativa suicida (con su monto de letalidad correspondiente) y, en consecuencia, el suicidio consumado. Sea cual fuere la causa que consciente o inconscientemente motive a los adolescentes a autolesionarse o tratar de quitarse la vida, el control sobre la vida o la muerte no es absoluto; ya que hay quienes han sobrevivido a la autolesión, aun teniendo una franca convicción y propósito de morir, y haya quienes han muerto habiendo querido permanecer vivos.

En definitiva, las lesiones auto-infligidas deliberadamente, y el intento de suicidio en específico, por sí mismos se constituyen en factores de riesgo para la salud mental, más allá de las interpretaciones que se les pudiera o se les quisiera asignar.

La problemática de suicida en la población escolar es un tópico relativamente reciente, pero que amerita atención urgente; pues las condiciones que la subyace

también tienden al aumento y, con ello, la tendencia al riesgo suicida es cada vez mayor (González & Jimenez, 2010).

Una de las dinámicas importantes en el suicidio adolescente es la herida narcisista, cuando un pedido de ayuda es sentido como no aceptable para un ego ideal (Apter, 2002). Esto llevaría a los adolescentes a intentar suicidarse ante el más mínimo fracaso. Es más, muchos de estos tipos de adolescentes son descritos como personas muy “cerradas” para quienes la costumbre de no expresar sus emociones no les permite quejarse o pedir ayuda.

Aunque algunos jóvenes realizan intentos de suicidio impulsivo, muchos experimentan pensamientos suicidas y transitan el proceso planteado por el modelo continuo del suicidio. Así, por ejemplo, para el caso de los estudiantes de secundaria estadounidenses, se halló que 21% había tenido pensamientos suicidas en lo que va del último año; 16% había tenido planes de intento de suicidio y 3% tuvo un intento de suicidio que requirió tratamiento médico (Kachur, Potter, Powell, & Rosenberg, 1995).

Por su parte, Norlev y otros (2005) señalan algunos estudios que reportan una prevalencia vida de ideación suicida de los adolescentes de 10 años ubicada entre el 2% al 19%, mientras que la del intento de suicidio del 0,7% al 6%; asimismo, del 3.8% al 14.0% habrían realizado uno o más intentos de suicidio. Como en la mayoría de estudios, las mujeres presentan mayor nivel e de ideación suicida en los primeros años de la adolescencia en comparación con los varones (Borges & Werlang, 2006; Jatobá & Bastos, 2007; Park, Schepp, Jang, & Koo).

Para Lippincott, Williams y Wilkins (2001) las ideas o pensamientos suicidas es común entre los niños y adolescentes de ambos sexos y no siempre están asociados a rasgos psicopatológicos. No obstante, son de interés clínico cuando se presentan como amenazas serias para la integridad del adolescente. Asimismo, los trastornos del comportamiento incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años de edad y los más jóvenes. De otro lado, el consumo de sustancias

psicoactivas y la ansiedad de separación podría provocar en los adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos un intento de suicidio.

Dichos autores refieren también que los trastornos del humor y la ansiedad incrementa el riesgo de ideación suicida. Así, por ejemplo, los ataques de pánico son un factor de riesgo de la ideación suicida; mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones. Los adolescentes con intento de suicidio se diferencian de aquellos con ideas suicidas por presentar una severa y más duradera desesperanza, aislamiento, ideación suicida y resistencia para discutir sobre los pensamientos suicidas.

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005) y 59.7% en Chile (2007). Llama la atención que, en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003) y 22.3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020.

### **1.1.8 Diagnóstico**

Una vez tratado el problema orgánico consecuencia de la conducta suicida, y estando el paciente en condiciones de conciencia y atención que posibiliten la entrevista, se procederá a la exploración psicopatológica. Es conveniente dejar hablar al enfermo utilizando para ello preguntas abiertas y no hirientes, pero sin evitar profundizar en la ideación o el acto suicida.

El clínico deberá obtener del paciente la historia médica convencional prestando atención a la recogida de datos considerados indicadores de riesgo suicida (enfermedades orgánicas crónicas e incapacitantes). Es necesario realizar así



mismo una historia psiquiátrica detallada, buscando con interés los diagnósticos psiquiátricos más relacionados con los actos suicidas, sobre todo la depresión. (Florenzano, Valdés, Cáceres, & Santander, 2011)

La conducta o la ideación suicida tienen lugar en el seno de algún tipo de crisis psíquica, existencial, o familiar-social, cuando no de un trastorno psiquiátrico. Es indispensable explorar qué tipo de circunstancias ha precipitado el intento. Así mismo, tiene mucho interés conocer con detalle la conducta suicida producida, si ésta ha tenido lugar.

Interés particular para identificar la existencia de crisis psicosociales que con tan alta frecuencia se presentan en los intentos autolíticos, especialmente crisis “diádicas” con la pareja o uno de los padres que actúan como precipitantes del acto.

La exploración psicopatológica, en el caso de personas suicidas, tiene, naturalmente, el objetivo principal de explorar la ideación autolítica. (Cortés, Rodríguez & Durán R, 2011)

La Organización Mundial de la Salud recomienda en la CIE-10 para la correcta evaluación:

**Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:**

- Ideación suicida (esporádica frente a persistente).
- Determinación (el suicidio es una posibilidad o el paciente lo ha decidido ya).
- Plan suicida (mayor riesgo cuanto mayor elaboración del plan y, más aún, si existe
- disponibilidad de medios).
- Soledad (no hay apoyo familiar o social).
- Alcohol (limita el propio control).
- Dificultades sociales (marginalidad, desempleo, la anomia de Durkheim).

**Evaluación de un paciente con un intento suicida reciente:**

- ¿Fue peligroso el método elegido?
- ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método? ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
- ¿Había posibilidades de ser descubierto?
- ¿Sintió alivio al ser salvado?
- ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o solo quería morir?
- ¿Se trató de un intento impulsivo o planeado?
- ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento?

Una valoración correcta de todo paciente suicida debe incluir la entrevista con la familia o con las personas significativas para él. El objetivo de la entrevista será la recogida de datos acerca de la historia previa del paciente, su psicopatología y los detalles del intento si éste se ha producido. Además se intentará conseguir la colaboración de la familia con vistas a un posible tratamiento ambulatorio. (Cano, Pena, & Ruiz, 2012)

### **1.1.9 Tratamiento**

En función del riesgo detectado por el profesional y de los apoyos externos del paciente, se decidirá la actitud: tratamiento ambulatorio o la necesidad de ingreso.

Si el intento tiene como consecuencia lesiones o un riesgo médico, debe ser derivado a un hospital general donde habitualmente, después de ser estabilizado, será valorado por un equipo de salud mental.

Cuando esté indicado el tratamiento ambulatorio debemos contactar con los servicios de salud mental para realizar un plan de tratamiento conjunto, siempre que persista la ideación o el riesgo de suicidio. Esta consulta debería realizarse dentro de las primeras 24 horas y como más tarde en 72 horas. (Sánchez, 2010)

El médico tiene la responsabilidad legal de proteger a los pacientes suicidas incluso hospitalizándolos en contra de su voluntad cuando se cumplan los criterios de

ingreso. Si no cumple criterios de ingreso, debe quedar claramente recogido en la historia clínica.

#### **1.1.10 Conducta suicida**

La conducta suicida incluye tres tipos de acciones de carácter autodestructivo: el suicidio consumado, la tentativa de suicidio y las autoagresiones no suicidas. Las ideas de suicidio hacen referencia a la existencia de pensamientos y planes de suicidio.

El suicidio suele ser resultado de la interacción de muchos factores, entre los que se incluye la depresión. Algunos métodos suicidas, como el empleo de armas de fuego, tienen mayor probabilidad de resultar mortales; no obstante, la elección de un método menos infalible no significa de manera necesaria que la intención de suicidio sea menos seria.

La conducta suicida incluye:

- Suicidio consumado: acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- Intento de suicidio: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- Autoagresión no suicida: acto autolesivo con poca probabilidad de resultar mortal. Entre estos actos se incluyen: infligirse rasguños superficiales en los brazos, quemarse a uno mismo con un cigarrillo e ingerir una sobredosis de vitaminas. Una autoagresión no suicida puede ser una manera de reducir la tensión emocional o puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir. Estos actos no deben tomarse a la ligera.

Los intentos de suicidio son más frecuentes antes de la mediana edad. Las tentativas de suicidio son especialmente frecuentes entre las mujeres adolescentes y los varones solteros en la treintena. En todos los grupos de edad, las tentativas son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, pero la probabilidad de consumir el suicidio es cuatro veces mayor en varones.

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010).

Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio (Conner, Meldrum, Wiwczorek, Duberstein, & Welte, 2004). Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio (Beck, Steer, & Ranieri, 1988).

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005). Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006). Estos últimos son de mayor importancia clínica.

Rosales (2010), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida.

- Estructura de pensamiento suicida
- Rigidez y constricción
- Percepción distorsionada del tiempo

La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catalógico, que hace referencia a un raciocinio basado en falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne

a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios. La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida.

La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010) es que generalmente ella generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de ideación suicida silenciosa y los de ideación suicida manifiesta. En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc.

La evidencia de que la ideación suicida se presenta asociada con otros factores es diversa y múltiple. Así se tiene información de que la ideación suicida, especialmente en jóvenes y adolescentes, tiende a presentarse en asociación con problemas en el sistema familiar, tales como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de los padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con la madre y el padres, falta de apoyo familiar y estrés vinculado con las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas

calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regula o malo, sintomatología depresiva, baja autoestima y altos niveles de impulsividad, y, en mujeres, historia de violación y estar sola más de ocho horas al día.

En hombres el estrés crónico es un predictor de la ideación suicida, en tanto que en las mujeres lo es la baja autoestima y la disfunción familiar, lo que se incrementa cuando ésta se combina con el consumo de alcohol. Por otra parte, se ha reportado que la permanencia de la ideación suicida por periodos largos es un antecedente significativo para el pronóstico del intento de suicidio. Es más, se ha registrado que si se presenta ideación suicida durante la adolescencia y se vuelve a manifestar en la adultez, se incrementaría la probabilidad de la aparición de problemas en el funcionamiento psicosocial y, en general, de síntomas psicopatológicos.

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010).

Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio (Conner, Meldrum, Wiwczorek, Duberstein, & Welte, 2004). Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio (Beck, Steer, & Ranieri, 1988).

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005). Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a

deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006). Estos últimos son de mayor importancia clínica.

Rosales (2010), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida.

- Estructura de pensamiento suicida
- Rigidez y constricción
- Percepción distorsionada del tiempo

La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catafórico, que hace referencia a un raciocinio basado en falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios. La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida.

La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010) es que generalmente ella generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de ideación suicida silenciosa y los de ideación suicida manifiesta. En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc.

La evidencia de que la ideación suicida se presenta asociada con otros factores es diversa y múltiple. Así se tiene información de que la ideación suicida, especialmente en jóvenes y adolescentes, tiende a presentarse en asociación con problemas en el sistema familiar, tales como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de los padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con la madre y el padres, falta de apoyo familiar y estrés vinculado con las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regular o malo, sintomatología depresiva, baja autoestima y altos niveles de impulsividad, y, en mujeres, historia de violación y estar sola más de ocho horas al día.

En hombres el estrés crónico es un predictor de la ideación suicida, en tanto que en las mujeres lo es la baja autoestima y la disfunción familiar, lo que se incrementa cuando ésta se combina con el consumo de alcohol. Por otra parte, se ha reportado que la permanencia de la ideación suicida por periodos largos es un antecedente significativo para el pronóstico del intento de suicidio. Es más, se ha registrado que si se presenta ideación suicida durante la adolescencia y se vuelve a manifestar en la adultez, se incrementaría la probabilidad de la aparición de problemas en el funcionamiento psicosocial y, en general, de síntomas psicopatológicos.

#### **1.1.11 Criterios para la definición de las conductas suicidas**

La certificación de los suicidios frecuentemente está marcada por una falta de consistencia y claridad, así mismo el grado de suicidios que son reportados o clasificados es desconocido. Cada año los certificados de muerte son llenados de diferentes formas. En cada muerte certificada, se debe indicar si fue de forma



natural, accidental, suicidio, homicidio o muerte no determinada. La ley dice que cuando en una muerte se sospecha de suicidio o de homicidio, se lleve a cabo una exploración médica o de un juez, para que este complete el certificado de muerte (Alcántar, 2002). Estos datos pueden afectar el curso de las investigaciones en salud, el flujo de los recursos y hasta la política de la salud pública.

Borges (1995), menciona que la determinación de suicidio requiere establecer que la muerte fue autoinflingida e intencional. Un certificador puede concluir que la muerte no fue un suicidio si la evidencia disponible no lo comprueba, y así estos suicidios verdaderos se pueden certificar como accidente, muerte de causa natural o muerte no especificada.

Por tal motivo, algunas organizaciones como la American Academy of Forensic Sciences (AAFS), American Association of Suicidology (AAS) y el National Center for Health Statistics (NCHS), están trabajando para poder comprender las conductas suicidas y para poder desarrollar un criterio operacional. Dicho criterio se basa en una definición del suicidio: muerte sugerida, una acción inflingida sobre el sí mismo con el intento de matar a sí-mismo.

El propósito del criterio es mejorar la validación de las estadísticas para: 1) fomentar la consistencia y uniformar la clasificación; 2) marcar una certificación de muerte explícita; 3) incrementar la cantidad de información usada; 4) ayudar a los certificados en el ejercicio del juicio profesional y 5) establecer un estándar de práctica para la determinación del suicidio.

Borges (1995), considera los siguientes criterios:

a) Criterios para la determinación del suicidio

En esta conducta, existen evidencias para determinar que la muerte de un sujeto fue autoinflingida. Esto se puede determinar si existe evidencia psicológica, patológica (autopsia), toxicológica o si existe una declaración, ya sea del fallecido (si dejó alguna nota), o de algún testigo.

## b) Criterios para la determinación del intento de suicidio

Aquí, existen evidencias (explícita, implícita, o ambas), de que la persona que intenta matarse o lo desea, entiende las probables consecuencias de sus acciones. No obstante, es muy difícil determinar si la herida fue autoinflingida y si realmente fue un intento de suicidio.

En algunas ocasiones, al parecer el suicidio no fue intencional, si no que fue accidental, ya que las evidencias pueden mostrar que el sujeto intentó sobrevivir; la persona probablemente tenía una historia de descuido, juicio pobre o previas heridas no intencionales similares a la herida fatal. En el caso de muerte como un resultado de una dosis excesiva de drogas o alcohol; si esta persona tenía una historia de usar altas dosis de drogas, esto puede indicar que murió de una sobredosis sin haberlo hecho intencionalmente (Gómez, 1996).

Por su parte Garrison (1991, citado en Gómez, 1996) opina que el establecer si fue un intento de suicidio es muy difícil, debido a que la conducta suicida puede ser motivada inconscientemente.

Otros autores denominan serio a un intento, si causó una severa disfunción física o si la intención suicida fue grave. Sin embargo, existe otro aspecto que tiene que ser tomado en cuenta, y es la posibilidad de que el medio haya intervenido (Stengel, 1965).

Si el grado de peligro para la vida tiene que ser el criterio de la severidad de un intento suicida, se deben tener en cuenta tres aspectos: 1) la amenaza potencial a las funciones corporales; 2) el grado del intento suicida y 3) la constelación social en el momento del intento, es decir las oportunidades de intervención del medio. Cabe señalar, que la mayoría de los actos suicidas fatales o casi fatales tienen un alto rango en por lo menos dos de los tres criterios.

En este contexto, la conducta suicida de baja letalidad es llamada conducta parasuicida y se refiere a una gran variedad de conductas autodestructivas. Estas conductas también se conocen como gesto suicida e intento fracasado.

para Stengel (1965), menciona que la conducta suicida incluye las siguientes categorías:

- a) Suicidio consumado. Es cuando la persona se quita la vida con intento consciente.
- b) Intento de suicidio. Tiene todos los elementos del suicidio completo. Sin embargo, aquí las personas sobreviven debido a las circunstancias, buscando el intento controlado.
- c) Gesto suicida: Consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye amenazas serias de muerte.
- d) Amenaza de suicidio: Incluye un decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.
- e) Ideación suicida: Consiste en tener pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte.
- f) Muerte subliminal: Se trata de un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte. Es decir, traer uno mismo la muerte o estar uno mismo en un lugar y en una posición extremadamente vulnerable.

Una vez que se definieron las conductas suicidas ya se puede hablar de sus características principales.

## **1.2 Suicidio**

### **1.2.1 Definición**

El suicidio (del latín moderno: *suicidium*) es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte. Por lo general es consecuencia de desesperación, derivada o atribuible a una enfermedad física, enfermedad mental, como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o abuso de sustancias (Marchiori, 1998).

A menudo influyen en él diversos factores estresantes como dificultades financieras o problemas en las relaciones interpersonales. Entre las medidas empleadas para prevenirlo se encuentran: limitar el acceso a los métodos, como armas de fuego y

venenos, el tratamiento de la enfermedad mental subyacente o del abuso de sustancias y la mejora de las condiciones financieras. Aunque son comunes las líneas de crisis, hay poca evidencia sobre su efectividad.

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. Mientras que el intento de suicidio (también llamado comportamiento suicida no mortal) es la autoagresión llevada a cabo con la intención de morir que, sin embargo, no resulta en la muerte del individuo. El suicidio asistido consiste en la ayuda que una persona brinda a otra que desea acabar con su vida, ya sea por medio de los conocimientos o medios para hacerlo. En contraste, en la eutanasia la persona que ayuda a otra a finalizar su vida juega un papel más activo, por ejemplo al no instaurar o al suspender el tratamiento médico. La ideación suicida implica pensamientos sobre suicidarse con diversos grados de intensidad y elaboración. En cierto punto, el uso de la palabra cometer al hablar de suicidio implica cierta connotación negativa (Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014).

Entre los factores de riesgo de suicidio se incluyen: enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, el estado psicológico, las situaciones culturales, familiares y sociales y la genética. Frecuentemente coexisten las enfermedades mentales y el abuso de sustancias. Otros factores de riesgo son: un intento de suicidio previo, la disponibilidad de medios para llevarlo a cabo, historia familiar de suicidios o la presencia de un traumatismo craneoencefálico. Respecto a la disponibilidad de un medio, se ha encontrado que las tasas de suicidio son mayores en hogares con armas de fuego. Asimismo, problemas socioeconómicos como el desempleo, la pobreza, la indigencia y la discriminación pueden desencadenar pensamientos suicidas.

### **1.2.2 Aproximación histórica al comportamiento suicida**

El suicidio es un fenómeno universal, que, aunque ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas, ha sido enormemente variable la actitud mantenida hacia él en las distintas sociedades, dependiendo de las condiciones religiosas, filosóficas e intelectuales de cada momento.

Así, por ejemplo, en Oriente el suicidio se consideró durante siglos un acto elogiado, como lo fue el episodio de suicidio masivo de filósofos seguidores de Confucio tras ser quemados sus libros sagrados, en la China gobernada por el emperador Chi-Koang—Ti (Sarró y Cruz, 1991). Asimismo, en la India, la viuda hindú se arrojaba a la pira funeraria de su marido, hasta que en 1829 esta ceremonia denominada “Suttee” fue declarada ilegal.

En la Grecia clásica, Plutarco se interesó por el fenómeno del suicidio, recogiendo el número de los ocurridos entre los siglos IV y III a.d.C. Este historiador observó cómo en los adolescentes griegos el suicidio y las tentativas de suicidio no eran infrecuentes (Diekstra, 1989<sup>a</sup>).

Para Pelicier (1985), lo esencial de la concepción occidental sobre el suicidio se debe a Séneca, quien afirmaba “No hay necesidad que nos obligue a vivir. El vivir de por sí no es deseable, sino el buen vivir”.

También tenemos en Europa ejemplos de actitudes elogiosas hacia el suicidio como el caso de los celtas que glorificaban a los que se daban muerte voluntariamente.

En España contamos, entre los iberos, con ejemplos de suicidios de toda una población como fueron los casos de Numancia o Sagunto, así como formas de suicidio ritual entre los antiguos habitantes de las Islas Canarias (Fedden, 1972), que se precipitaban desde un monte sagrado para alcanzar la felicidad eterna.

Si bien la concepción estoica de muerte voluntaria pone el acento sobre el carácter deliberado y reflexivo de un acto que se inscribe en la problemática de la libertad humana, la idea cristiana, por el contrario, insiste sobre la noción de crimen, de homicidio, marcando netamente su intención de asociar en cada conciencia el gesto sacrílego de las enseñanzas sobre el mal, la salvación y el castigo (Pelicier, 1985).

Aunque el Cristianismo en sus primeros siglos aceptaba el suicidio en ciertas circunstancias, esta actitud se modificó hacia una posición intransigente, que culmina con San Agustín al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la Ley Natural (Sarró y Cruz, 1991) y por lo tanto que “el que se mata a sí

mismo es un homicida". En el Concilio de Arles (año 452) incluso se llegó a afirmar que el suicidio estaba inspirado por el demonio.

Barraclough (1992), en un interesante estudio acerca de los suicidios que recoge la Biblia, mantiene que los narradores bíblicos en ningún momento dan a entender que el suicidio sea un acto erróneo o punible.

En la Biblia se describe el suicidio de once personajes, todos ellos varones de mediana edad, excepto una mujer. En todos los casos la muerte se produjo durante crisis personales, y no se relatan enfermedades predisponentes, salvo en el caso de Saul cuya melancolía y celos podrían ser considerados como mórbidos. Los suicidios fueron violentos, excepto en un caso de envenenamiento

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino argumentó que el suicidio era un pecado mortal contra Dios, y enunció dos objeciones clásicas al suicidio: primero, no se puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo verdaderamente; y en segundo lugar, el hombre en cuanto criatura de Dios no es libre de decidir sobre su vida y sobre su muerte

En el Cristianismo, el castigo del suicidio es el complemento necesario de su prohibición, existiendo la privación de sepultura en tierra santa, llegando a ser los cadáveres exhumados, en ocasiones, para ser colgados y expuestos en el patíbulo (Pelicier, 1985).

Pelicier (1985), considera que los suicidios son infrecuentes en África, y pone como ejemplo los yorubas de Nigeria con un índice de suicidio de 0,6 por 100.000 habitantes, resultando interesante el dato de que este índice es más elevado entre los yorubas cristianizados que entre los fetichistas o musulmanes. También en África del Norte el suicidio es poco frecuente.

El suicidio en Japón ha sido siempre un fenómeno que ha interesado a los investigadores, su tasa es elevada y en muchas ocasiones se convierte en una sanción que se inflige uno mismo por haber faltado a un papel prescrito por la sociedad y que conviene a su estatuto.

### **1.2.3 Desarrollo histórico de las teorías modernas sobre el suicidio.**

#### **1.2.3.1 Concepción patológica del suicidio**

Denominamos concepción patológica del suicidio a una teoría elaborada a principios del siglo XIX por la escuela psiquiátrica francesa, y que considera el suicidio como un síntoma de enfermedad mental.

En esta línea, Pinel consideró el suicidio como una forma de conducta mórbida, como síntoma de la melancolía en un sentido amplio. Su discípulo Esquirol (1838) afirmaba que “el suicidio ofrece todos los caracteres de la enajenación de las facultades mentales el hombre sólo atenta contra su vida cuando está afectado de delirio y los suicidas son alienados’, llegando a elaborar, desde esta perspectiva clínica y patológica, una teoría global del suicidio.

Como exponente de esta escuela psiquiátrica recogemos la siguiente clasificación de los suicidios, elaborada a partir de las investigaciones de Jousset (1858) y Moreau de Tours (Citados por Durkheim, 1897):

- Suicidio maniático: se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes.
- Suicidio melancólico: se relaciona con un estado general de extrema depresión. - Suicidio obsesivo: se debe a una idea fija de muerte que se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo.
- Suicidio impulsivo o automático: resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible.

En esta época se llegaron a investigar las anomalías morfológicas y funcionales en los suicidas, buscando en sus autopsias las lesiones que podían condicionar el suicidio. Años después, Delmas expuso su teoría acerca de los suicidios, que él consideraba patológicos y ligados a trastornos constitucionales orgánicos.

#### **1.2.3.2 Teoría sociológica del Suicidio**

Aunque los elementos iniciales de la teoría sociológica del suicidio aparecen en la obra de Morselíl (1879), alcanzan la madurez en el estudio sobre el suicido realizado

por Durkheim (1897), que se convierte desde el momento de su publicación en un modelo para la investigación sociológica futura.

Durkheim examinó en su obra los efectos de la sociedad sobre la conducta del individuo, concluyendo que el suicidio era resultado de las influencias y el control de la sociedad sobre éste. Este autor propone dos variables a tomar en consideración: el grado de integración social del individuo, y el grado de reglamentación social de los deseos individuales.

En sus investigaciones indicó que no había un suicidio, sino suicidios y comparó las tasas de suicidio según las estadísticas oficiales de diversos países para establecer sus causas. Asimismo, relacionó la frecuencia del suicidio con diversas variables: edad, sexo, situación familiar, creencias religiosas, guerras, etc (Sarró y De la Cruz, 1991). Durkheim distinguió 4 tipos elementales de suicidio:

- **El suicidio egoísta**

Es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Este tipo es común allí donde factores culturales, como en el protestantismo, subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo, factor determinante en esta modalidad de autosacrificio. Este tipo de suicidio se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de estado de guerra

- **El suicidio altruista**

Es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento suicida de los kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, o las inmolaciones musulmanas, tendría que ser catalogado en este tipo. Es el suicidio que se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.



- **El suicidio anómico**

Es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos

- **El Suicidio fatalista**

Se caracteriza por una excesiva reglamentación; es el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado (Rojas, 1984).

Sin embargo, no es la de Durkheim la única teoría sociológica acerca del suicidio, ya que de la crítica y del rechazo al excesivo sociologismo durkheimiano surgió la teoría de M. Halbwachs quien mantiene la existencia de una relación complementaria entre los motivos individuales del suicida y las situaciones sociales de aislamiento (Uña, 1985).

### **1.2.3.3 Teoría psicoanalítica del suicidio**

Aunque S. Freud no se ocupó en su obra de un modo explícito del suicidio, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas a este fenómeno, postulando que los motivos del suicidio eran intrapsíquicos (Blumenthal, 1988).

Freud consideró el suicidio un concepto básico del ser humano pudiendo ser todos vulnerables a esta conducta, cuya raíz reside en el instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno puede expresarse con el suicidio (Sarro y De la Cruz, 1991).

Litman (1965), indica que, aunque para el psicoanálisis el suicidio representa sólo la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado, en su psicodinámica intervienen otros factores como los sentimientos o vivencias de desesperanza, abandono e inutilidad.

En la obra *E1 hombre contra sí mismo* de Menninger (1938), considerada por muchos como la mejor teorización psicoanalítica clásica sobre el suicidio, se desarrolla ampliamente el concepto psicodinámico de la agresión y el suicidio, clasificando los tres componentes agresivos del suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir

Por otro lado, Jung (citado en Borges & Benjet, 2010), postuló que, a fin de que la vida tenga sentido, debía haber un contacto mínimo entre el ego y el self. Sin embargo, surge el peligro porque el self tiene a la vez un lado brillante y un lado oscuro; cuando prevalece el último, la muerte puede parecer más deseable que la vida. En el suicidio, la muerte se concibe claramente como la muerte del ego, que ha perdido contacto con el self y, por lo tanto, con el significado de la vida.

Jung (citado en Borges & Benjet, 2010) menciona que el acto suicida, ocurre cuando:

- a) prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte
- b) el ego se ve envuelto en el conflicto
- c) el resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un intento de preferir tales actos asesinos
- d) la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión.

Larraguibe, (2000), menciona que la doctrina clásica psicoanalítica afirma que de acuerdo con el concepto freudiano del instinto de muerte, que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores, por lo tanto define tres componentes de la conducta suicida:

- a) el deseo de matar son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria

- b) el deseo de ser matado son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que, básicamente, intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo
- c) el deseo de morir que enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos. Además, señala que en la práctica autodestructiva intervienen los derivados de tres elementos; el autopunitivo, el agresivo y el erótico

Así también Larraguibe, (2000), establece tres formas de suicidio que serían:

- **Suicidio crónico**

Como aquellas formas de autodestrucción en las cuales el individuo pospone la muerte indefinidamente, a costa de sufrimientos y del deterioro de las funciones. Incluye en este grupo las formas de ascetismo y martirio, invalidez crónica y neurótica, alcoholismo, conductas antisociales y psicosis.

- **Suicidio localizado**

Definiéndolo como aquellas actividades autodestructivas que se concentran habitualmente sobre una parte limitada del cuerpo como, por ejemplo, morderse las uñas, las automutilaciones, las enfermedades fingidas, la policirugía, los accidentes intencionados, la impotencia y frigidez.

- **Suicidio orgánico**

Como aquel que suscita internamente procesos destructivos, generales o focales, haciendo hincapié en los factores psicológicos de la enfermedad orgánica.

#### **1.2.4 Motivos, causas y sintomatología**

Con respecto a los motivos que llevan a una persona a decidir quitarse la vida, Marchiori (1990) considera que el suicidio puede darse por:

- Depresión.
- Alcoholismo

- Conflictos familiares y economicos
- Situaciones sociales y culturales, enfermedad orgánica o enfermedad mental.

En cuanto a las causas del suicidio, Tozzini (1969), describe las siguientes

- Por enfermedad mortal, real o imaginaria.
- Por agresividad (del sujeto contra sí mismo; del sujeto contra el medio).
- Por depresión (crónica y aguda).
- Por heroicidad.
- Por accidente.

Desde una perspectiva criminológica (Solomon y Patch, 1972) describen las siguientes:

- La persona que intenta suicidarse o que voluntariamente autodestruye su vida, presenta una acentuada vulnerabilidad emocional, familiar y social.
- La depresión por pérdidas reales, concretas y muy importantes en su vida, constituye la base de los comportamientos suicidas.
- El suicida daña moralmente a su familia, a la sociedad y a la cultura a la cual pertenece.
- Se requiere reforzar las medidas asistenciales y de prevención del suicidio.
- Son necesarios mayores programas para cuidar la vida de las personas.

Según Marchiori (1990), la Sintomatología de las personas en riesgo suicidas es la siguiente:

- Retraimiento: El individuo se aísla de su medio social y familiar. Se aleja de sus intereses cotidianos
- Pérdida de interés por las personas, por sus familiares y amigos, por su actividad principal.
- Pérdida de interés por su trabajo y sus actividades
- Insomnio. Pérdida de apetito, desinterés por las relaciones sexuales.

- Interés llamativo por la muerte y los temas vinculados a ella, entre ellos el suicidio.
- Preparativos Inesperados para la muerte, preocupación por sus cosas, sus deudas, documentos, etc.
- Un deseo repentino de desprenderse de las posesiones más preciadas.
- Interés en la compra de armas, sogas, drogas, etc.

### **1.2.5 características del suicidio**

Apter (1988), menciona que el comportamiento de la actividad suicida, comprende la autodestrucción total (muerte), la autodestrucción (no muerte), la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida ausencia, consuelo y alivio.

Clínicamente una vez que se han roto las defensas psicológicas, es mayor la posibilidad de que la persona se deje vencer por la tensión emocional cuando esta aparece. El comportamiento es más grave debido a sentimientos de culpa o porque es necesario poder comunicar algo con impacto equivalente. Normalmente una persona suicida se descubre a si misma comunicando su tendencia a través del comportamiento, o verbalmente antes de que se produzca un acto específico (Bella, 2010 a).

El suicida típico presenta un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización, estados de ánimo cambiantes, reducción del cognitivo, pérdida del interés por actividades normales, malestar físico (Bella, 2010 b). En los sentimientos de culpabilidad existe una imagen negativa de sí mismo, actitudes y expectativas negativas frente al medio ambiente, al futuro y así mismo, desamparo y desesperanza.

Existe también una pasividad, una falta de iniciativa o pérdida de interés de objetos o planes de acción. Hay una paralización de la voluntad. En el comportamiento

suicida, se observa una pérdida de la libido, trastornos del sueño, pérdida del apetito y molestias psicosomáticas (Cabra, 2010). Se desconocen cuáles son los síntomas fundamentales. Esta determinación depende en cada caso de la teoría y de las experiencias correspondientes de los investigados y prácticos clínicos, pero al parecer son básicos el abatimiento y la incapacidad de alegrarse o de anticipar alegría.

Albert Camus (citado en Castillo, 2010) menciona que el suicidio ha sido un problema que provoca la reflexión desde todos los vértices posibles. Para la religión Judea Cristiana es el arrebató de una decisión que solo le corresponde a Dios y por tanto, un pecado. Para la sociología camina al filo de ser un fenómeno individual y uno colectivo que corresponde a causas sociales difíciles. Desde la Psicología habría muchas razones que desequilibrarían la estabilidad del suicidio, sin embargo el suicidio hoy se ha convertido también en un aro de espectáculo y capricho que nos debe hacer reflexionar sobre la honestidad de suicidio como una negación del sentido de la vida, si es que la vida misma permite esas argumentaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud, en Japón el índice de suicidios en 2006 superó los 24.1 casos por cada 100mil personas, el más alto en el mundo industrializado. En México es la segunda causa de muerte de jóvenes después de los accidentes automovilísticos; y de 1970 – 2007 aumento en 275%. Los hechos son concretos, el suicidio se ha convertido en un espectáculo por internet. (Castillo, 2010)

### **1.2.6 Suicidio y adolescencia**

Para Poldinger (1969), la adolescencia es un período comprendido entre la pubertad y los 25 años aproximadamente. Es un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere ser autónomo, aunque aún dependa de los padres y de otros adultos.

Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, comenzando por los cambios corporales; los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. El adolescente además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro (Barón, 2000.)

El intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se encuentra, de dejar de sentir lo que se está sintiendo; se puede afirmar que es una forma de reacción ante el sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insoportable.

En un estudio realizado en Canadá se encontró que 72% de los adolescentes con intento de suicidio, uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar y más de la mitad tenía un padre que había reorganizado su vida con otra pareja (Casullo, 2005).

El suicidio consumado suele producirse en los últimos años de la adolescencia. En muchos países industrializados, el suicidio es la segunda causa de muerte en población de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.

Se ha constatado que los intentos de suicidio empiezan a producirse a la edad de 12 años, con un aumento de la incidencia que alcanza un pico a los 16-18 años. El perfil típico en individuos que cometen intentos de suicidio es el de una mujer, de

edad entre los 15 y los 17 años, que lleva a cabo el intento ingiriendo una dosis pequeña o media de un analgésico o bien algún otro medicamento utilizado por algún miembro de la familia. El acto tiene las características de un acto impulsivo, es decir, un acto escasamente reflexionado, que aparece en el contexto de un conflicto familiar o de pareja. Las manifestaciones clínicas son la irritabilidad, la agitación, el comportamiento amenazador y un deseo de morir (Fernández, 1979).

Casi un tercio de adultos jóvenes que completaron suicidio dejaron notas en las que expresaban sentimientos de fracaso por no poder lograr metas que se habían propuesto. El fracaso puede ser vivido por los adolescentes y jóvenes con mucha humillación; la desesperanza y el sentirse humillado originan deseos de abandonarlo todo, abatimiento, apatía y tendencias agresivas muy comunes en sujetos con ideaciones e intentos suicidas (Pfeffer, 1988). Otros estados afectivos hacen referencia a sentimientos de vergüenza, soledad, ser muy diferente al resto, aislamiento. Comportamientos e ideaciones suicidas están positivamente correlacionados con sentimientos de culpa entre los adolescentes que cometieron suicidio.

Gérard Bouchard, (citado en Gould, 1965), sociólogo canadiense, plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio.

Gérard Bouchard, (citado en Gould, 1965), Divide este proceso en cinco momentos

1. . El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis. La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
2. El segundo momento es la ideación suicida. En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible



solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.

3. El tercer momento es la rumiación. La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.
4. El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
5. El último momento es el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

## Capítulo II

### Adolescencia

#### 2.1 Definición de Adolescencia

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina “adolesceré”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto, se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica (Hurlock, 1994).

La adolescencia como un periodo de tormentos y estrés inevitable, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos. Por su parte, Freud (1905 citado en Morris, 1992) definió a la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

Broocks (1959), denomina adolescencia al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 o 13 años y los 20. Dice que es en el transcurso de esta época cuando las funciones reproductoras alcanzan la madurez y se presentan cambios físicos, mentales y morales los cuales se reproducen de forma simultánea.

Al respecto, han surgido algunas confusiones al considerar diferentes definiciones de la adolescencia, debido a que los diversos autores han utilizado una terminología distinta para describir esta etapa o lo que es aún más complicado, han utilizado la misma palabra para describir aspectos distintos, y algunos hasta han llegado a ser mutuamente excluyentes (Harrocks, 1994).

Por ejemplo Gesell, y Ames (1956), hablan de juventud y la definen como el periodo comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911 citado en García, 2006)) considera que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años. El término pubescencia, es empleado comúnmente para describir los aspectos de maduración sexual de la adolescencia (Harrocks, 1994).

En la actualidad, existen muchas teorías que explican el fenómeno de la adolescencia. Con el apoyo de diversos estudios sistemáticos e investigaciones experimentales, se han eliminado algunos de los conceptos erróneos que había acerca del desarrollo del adolescente; sin embargo, aún quedan muchos problemas por resolver.

En este sentido se ha tomado la siguiente definición de adolescencia, que se cree es la más apropiada para los fines del presente estudio: “La adolescencia es periodo de transición a la edad adulta, es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del individuo, así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo” (Morón,1987).

## **2.2 Origen de la adolescencia**

La noción de adolescencia aparece en Estados Unidos y Europa marcada por eventos relevantes relacionados con la revolución industrial, la clasificación de edades para ejercer un trabajo y para asistir de manera obligatoria a las actividades educativas, así como con la legislación laboral. En ese sentido, autores como Sierra (2014), analizan cómo este invento social se expandió a otros países occidentales (Lozano, 2014), connotado de manera general como una franja etaria, lo cual fue publicado por Stanley Hall en su libro *Adolescence* en 1904 (Feixa, 2011), en el cual emerge claramente una teoría sobre ella, que la considera como una etapa de transición tormentosa en la vida del sujeto.

En ese sentido, haciendo un recorrido histórico de aspectos relacionados con su emergencia, se identifica que, inicialmente, en Europa no existían restricciones etarias para determinadas actividades, pues los niños y adultos laboraban por igual en las diferentes fábricas y sitios de producción. No obstante, leyes como *The Factory Act*, de 1833, establecen jornadas laborales que van clasificando edades y horarios para estas actividades; en este caso, la Ley restringe el trabajo para niños de 9 a 13 años. Posteriormente, en 1873, se aprobó la Ley que se encuentra en la Colección Legislativa de España (CXI, N.º 679), en la cual se establecía “la

obligatoriedad de la asistencia a la escuela durante tres horas por lo menos, para todos los niños comprendidos entre los nueve y trece años y para todas las niñas de nueve a catorce” (Escobar, 2012).

Posteriormente, ante la modernización industrial, el despido masivo que devino con la revolución industrial y la baja recompensa recibida, se inician movimientos de protesta en la primera mitad del siglo XIX, lo cual condujo a la promulgación de leyes en Francia que terminaron aprobando el ejercicio laboral solo para personas con edades comprendidas entre los 12 y los 16 o entre los 13 y los 18 años, quienes además debían estudiar y prepararse para la vida, lo cual correspondía a la clasificación etaria que se va configurando como adolescencia (Perrot, 1996; Perinat et al., 2003). En Latinoamérica esta noción se construye bajo la influencia de normas internacionales como la Convención de los Derechos del Niño, dada en 1989 y adoptada por diferentes países, la cual entiende a los niños y adolescentes como sujetos de derechos.

Puede afirmarse entonces que el nacimiento de la noción de adolescencia como una categoría en el trayecto de vida del ser humano ocurre a finales del siglo XIX, influenciado especialmente por la necesidad de organizar a una población joven que se encontraba en las calles y en la escuela secundaria (Aguirre, 1994; Ariza, 2012). De esta manera, el reconocimiento del rol de estudiante como rasgo distintivo para esta franja de edad instauro el valor simbólico de la escolaridad y culmina el proceso histórico que crea la adolescencia: un grupo de edad protegido y dependiente, dedicado exclusivamente a prepararse para la vida e incitado a posponer de manera indefinida responsabilidades y compromisos sociales, lo cual explica a este grupo como aquel que se encuentra en una fase de moratoria social (Perinat, 2003).

En el siglo XX, la adolescencia se fue afianzando en el imaginario social. El cine, la música, periódicos y revistas dieron un lugar propio a los adolescentes, los cuales se fueron instalando socialmente como un grupo particular de edad (Pasqualini y Llorens, 2010), visibilizado con sesgos de género (Alpizar y Bernal, 2003), pues se establece como una etapa en la que se legitima la salida del hombre de su hogar y la búsqueda de su independencia, sin hacer referencia a la mujer.

En los años treinta, con la apropiación paulatina de corrientes que orientan los saberes sociales economía, sociología, antropología, etnografía, muchas de estas representaciones sobre la población comenzaron a transformarse y aparecieron diferentes definiciones disciplinares acerca de la adolescencia. En ellas aparecen como una forma de nombrar la subjetividad y, por ende, de dar las condiciones para su análisis. Como lo refiere Martínez: son elementos que van estableciendo un sujeto condicionado y determinado desde los discursos que se emiten (Martínez, 2011). Lo anterior, actúa en algunos casos como un soporte en el que se sustentan las políticas públicas que, desde visiones a veces muy lejanas a la realidad, se conciertan y aprueban.

Por esta razón pretendemos hacer un recorrido a través de las diversas visiones que definen e interpretan la adolescencia, iniciando con la estructural-funcionalista hasta aquellas que se podrían llamar posmodernas, para intentar develar cuál es la concepción que emerge en las políticas públicas a partir de estas definiciones. En ese sentido, desarrollamos las dos perspectivas que siguen: Aproximaciones estructurales-funcionalistas y Aproximaciones “posmodernas”.

### **2.3 Características de la Adolescencia**

La adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo. Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma. Por su parte, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia (Hurlock, 1994).

Se dice que la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, se ha dicho que este período inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen

las características sexuales secundarias. En la mayoría de los niños esta edad varía de entre los 10 y 15 años y en las niñas, entre los 9 y 14 años. La mayoría de las personas cree que la pubescencia inicia a los 10 años, debido a ello muchos niños que aún no han llegado a la pubertad son llamados adolescentes (Harrocks, 1994).

En sí, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo. En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

Por otra parte, también es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero a su vez es característico del individuo. Se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo, al mismo tiempo que se alcanza la madurez física.

Por último, cabe mencionar que la adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencias académicas. También, tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores, que va acompañada del desarrollo de los propios ideales y la aceptación de su persona (Harrocks, 1994).

- **Características fisiológicas**

La pubertad, es la época en la cual los órganos reproductores obtienen madurez funcional. La edad promedio de la llegada de la pubertad se da entre los 12 y 13 años para las niñas y entre los 14 y 15 años en los niños. Sin embargo, los factores ambientales, así como los fisiológicos internos, parecen tener influencia sobre la edad en la que se presentará la pubertad en cada individuo (Harrocks, 1994).

La pubertad se asocia con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna las que tienen funciones específicas como el estimular el crecimiento, ejercer influencias sobre las actividades metabólicas y regular la transformación física de los niños.

El lóbulo anterior de la glándula pituitaria produce dos hormonas que se relacionan con el desarrollo de la pubertad. Se trata de la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo y la hormona gonadotrópica que cuando actúa sobre las gónadas las estimula con mayor intensidad.

Las glándulas sexuales, son las glándulas endocrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales. Las gónadas femeninas son los ovarios y las masculinas los testículos. Estas gónadas son estimuladas por la hormona gonadotrópica para que puedan desarrollarse adecuadamente en la pubertad. Por su parte, los testículos tienen una doble función: producir espermatozoides y generar una o más hormonas que sirven para controlar los ajustes físicos y psicológicos que se requieren para que se pueda llevar a cabo la reproducción. El ajuste físico abarca el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como el posterior desarrollo de los mismos testículos, de la próstata, de las vesículas seminales y del pene.

Es evidente que la glándula pituitaria y las gónadas deben funcionar recíprocamente, con una acción bien regulada por parte de ambas, para que el crecimiento se produzca adecuadamente.

También cabe mencionar, que existen otros cambios fisiológicos como los que ocurren en la circulación, específicamente en el pulso, en la presión sanguínea y cambios en el metabolismo de respiración y energía. Uno de los aspectos más importantes del desarrollo fisiológico es la gran variación y fluctuación individual que ocurre. Retomando lo anterior se puede decir que el adolescente pasa por muchos ajustes fisiológicos, los cuales alcanzaran la estabilidad en a la edad adulta. Por tal motivo, a la adolescencia se le puede considerar como un período de aprendizaje fisiológico (Harrocks, 1994).

- **Características biológicas**

Las características biológicas de la adolescencia son principalmente: un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo muy rápido de los órganos reproductores y la presencia de los rasgos sexuales secundarios.

Como se ha mencionado, la pubertad es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de reproducirse. En las mujeres, esta se caracteriza por el inicio de la menstruación y en los hombres por la primera emisión de semen (Harrocks,1994).

- **Maduración sexual del hombre**

Para Harrocks (1994) los hombres generalmente empiezan su crecimiento acelerado uno o dos años después que las mujeres. Su patrón de crecimiento es muy distinto ya que los hombres se ensanchan más de las caderas y gran parte del tamaño del cuerpo aumenta en musculatura más que de grasa. A su vez, el pene y el escroto aumentan su crecimiento aproximadamente a los 12 años y terminan de madurar tres o cuatro años más tarde. El pene se alarga y el glande se ensancha, y los testículos crecen. Un año y medio después de que el pene comienza a crecer se presenta la primera eyaculación, aunque la producción de espermatozoides inicia antes.

Esta eyaculación pocas veces contiene espermatozoides fértiles. También se presenta el crecimiento del vello púbico y a la par se desarrollan los genitales. Y mientras se va desarrollando la laringe y se alargan las cuerdas vocales, su voz se hace más profunda; el pelo en el pecho es la última característica en aparecer.

- **Maduración sexual de la mujer**

Harrocks (1994) menciona que el crecimiento acelerado en las niñas comienza aproximadamente a los 10 años. Sus proporciones van cambiando a medida que las caderas ensanchan y el cuerpo se va llenando de grasa. A la mitad de los 10 años los pezones cambian, al mismo tiempo los ovarios, la vagina y el útero



comienzan a madurar. También el vello púbico se aparece en la vagina y posteriormente en las axilas.

La menarquía o primera menstruación, que es el signo principal de la transición de la niña a la adolescencia, se presenta después de que el estirón de crecimiento llega a su punto culminante. Cabe mencionar que la idea de que la menarquía indica que se ha alcanzado la madurez de las funciones reproductivas es errónea. No obstante, algunas adolescentes pueden procrear poco después de que se presenta, casi la mitad no son fértiles hasta después de uno o dos años (Harrocks, 1994).

Por otra parte, es importante mencionar que todos los cambios que se presentan en esta etapa pueden tener repercusiones tanto psicológicas como físicas, que tienen que ver en como los adolescentes se sienten acerca de si mismos, la forma en la cual perciben a su cuerpo, es decir si lo ven con orgullo, con incomodidad, o con vergüenza, lo cual va a depender del contexto psicosocial en el que se encuentren al momento en que se presente esta etapa.

- **Desarrollo Cognoscitivo**

La cognición es un proceso por el que un organismo adquiere conciencia u obtiene conocimientos en relación a un objeto. El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia, se caracteriza por presentar un pensamiento abstracto y por el uso de la metacognición.

Las operaciones de inteligencia infantil son puramente concretas, sin embargo, entre los 11 y 12 años el pensamiento sufre una transformación, es decir que del pensamiento concreto se pasa al pensamiento formal o también llamado pensamiento hipotético-deductivo (Piaget, 1959)

A medida que la persona entra a la etapa de la adolescencia, sus procesos mentales presentan una continua tendencia a hacerse más elaborados y complejos, como resultado de la experiencia y la maduración.

En esta etapa el adolescente ya es capaz de construir sistemas y teorías, se preocupa por problemas que no tienen relación alguna con los acontecimientos que se viven diariamente, es decir que tienen la capacidad de construir teorías abstractas.

Una de las características principales de la adolescencia es la libre actividad de la reflexión espontánea, lo que quiere decir que el adolescente siente como una necesidad el razonar y consigue una gran satisfacción al hacerlo. Sin embargo, aún no adquiere la suficiente autocritica y debido a ello en ocasiones se involucra en discusiones, de las cuales va adquiriendo las herramientas para madurar (Piaget, 1959).

La transición al periodo de las operaciones formales, se debe a las presiones culturales, a la necesidad de adquirir roles de adulto, a la maduración de estructuras cerebrales y las nuevas experiencias de aprendizaje y de vida social. Los adolescentes desean estimulación intelectual y reaccionan de manera favorable a está cuando la reciben. Sin embargo, no todos los adolescentes tienen la capacidad de pensar mediante las operaciones formales en todo momento. En general, se puede suponer que ni la edad cronológica, ni el paso del tiempo son determinantes para el desarrollo cognoscitivo (Craig, 2001).

- **Desarrollo Emocional**

La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta. La duración, la forma y las consecuencias del cambio no son fortuitas, son lo bastante consecuentes para permitir extraer la conclusión de que la conducta emocional se desarrolla por grados” (Gesell, 1958).

Gesell (1958), menciona que el crecimiento emocional es un proceso progresivo, el cual involucra una serie de relaciones interpersonales que abarcan las rutinas del

cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, la comunidad, a la ética de la vida diaria.

Asimismo, plantea que el desarrollo emocional del adolescente, se va dando a través de gradientes de crecimiento, los cuales van mostrando cómo las emociones van cambiando año con año, de acuerdo con el aumento del nivel de madurez. También dice que existen ciertas características emocionales que son persistentes y que podrían atribuirse al carácter innato de cada persona.

Asimismo, las emociones registran y dirigen las reacciones del individuo, estas emociones muestran y cambian las reacciones fisiológicas, las psicológicas, y así van formando parte de los procesos mentales y morales de la percepción, el juicio, la decisión y la estimación que influyen en la formación del carácter del adolescente.

Las emociones que se presentan comúnmente en los adolescentes son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira, el disgusto, la frustración, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad (Gesell, 1958).

Toda experiencia que se vive acompañada de una emoción intensa, puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. La incidencia puede ser favorable o desfavorable; las consecuencias desfavorables de las emociones desagradables pueden ser destructivas, por lo tanto, es necesario que estén controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social (Hurlock, 1994).

El estar expuesto a una constante tensión emocional, que surge de la inadecuación personal o de condiciones ambientales que no son adecuadas, mantiene al adolescente excitado y dispuesto a responder excesivamente frente a cualquier situación. Es decir, que se convierte en una persona inadaptada, e ineficaz, lo cual puede conducir a tener una salud deficiente tanto en el aspecto físico como en el mental y adoptar conductas de riesgo como el consumo de drogas y las conductas suicidas.

- **Desarrollo Social**

La separación de la familia es un suceso muy importante en la vida de los adolescentes. Para que este cambio tenga lugar, el adolescente debe desarrollar un sentido de sí mismo estable o de identidad (Erikson, 1968 citado en Morris, 1992).

Por lo tanto, una de las tareas principales que se presentan en la adolescencia es la formación de la identidad, que es un sentido coherente de individualidad que se forma a través de la personalidad y de las experiencias del adolescente. Al respecto se dice, que el perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas ayuda a que se puedan analizar los roles, identificar contradicciones y conflictos en éstos y reestructurarlos para que se pueda forjar dicha identidad (Craig, 2001)

De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición que ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de cada persona y crea una estructura que permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida

Dicho autor menciona, que el proceso de formación de la identidad es el principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar, para que puedan realizar una transición exitosa hacia la vida adulta. En la adolescencia los jóvenes pueden explorar diversos campos, tratar de encontrar algo que encaje con sus propias necesidades, intereses, capacidades y valores. Todas las decisiones que se tomen contribuirán a forjar su identidad. No obstante, se debe tener en cuenta que los factores socioeconómicos también juegan un papel importante en la formación de esta identidad (Craig, 2001).

Por su parte, Marcia (1980, citado en Hoffman, 1996) basándose en la teoría de Erikson, propuso cuatro estados, o modos de formación de la identidad, los cuales pretenden determinar si el adolescente pasó por un período de toma de decisiones denominado “crisis de identidad” y si se ha comprometido con una serie específica

de opciones, por ejemplo, la elección de una carrera. Dichos estados son: compromiso, difusión, moratoria, y construcción de la identidad.

En el compromiso, el adolescente persigue metas ideológicas y profesionales, pero dichas metas fueron adoptadas de manera muy prematura y más aún fueron decididas por los padres o maestros. Los jóvenes comprometidos, nunca experimentan una crisis de identidad, porque han aceptado sin objeciones los valores y las expectativas de los demás.

En la difusión, los adolescentes carecen de orientación y no parecen estar motivados por encontrarla. Tampoco han experimentado una crisis de identidad, ni han elegido un rol profesional, es decir, que están evitando la decisión.

En cuanto a la moratoria, los adolescentes pasan por una crisis de identidad, se encuentran en un estado de toma de decisiones, que pueden ser sobre aspectos profesionales, valores éticos, religiosos o filosóficos. Es decir, en esta fase les preocupa “encontrarse a sí mismos”

Por último, en la construcción de la identidad, el joven ha finalizado el esfuerzo, ha hecho sus elecciones y persigue metas profesionales o ideológicas. Esta fase, suele considerarse el estado más conveniente y maduro. Por lo tanto, se puede decir que, el estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas sociales del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés.

Como se mencionó, parte de la formación de la identidad implica cierto grado de separación de la familia. En este periodo de separación, los adolescentes acuden a su grupo de amigos, quienes les proporcionaran apoyo, que hace posible su autonomía y el que puedan experimentar con diferentes culturas y satisfacer sus necesidades emocionales. La presencia del fenómeno grupal en esta etapa, tiene gran importancia y trascendencia ya que responde a la búsqueda que el adolescente hace de una nueva identidad, es un periodo de importantes cambios, en los llamados núcleos de pertenencia: principalmente en la familia. El lazo grupal, le provee de todo lo que el desea encontrar, ya sea seguridad, reconocimiento

social, un marco efectivo y medio de acción, es decir, un espacio vital, en donde no esté presente el dominio de los adultos (Rodríguez, 1994 citado en Alcántar, 2002).

- **Desarrollo de la Personalidad**

La personalidad es el centro de la individualidad de una persona y determina la condición en como ésta se va adaptar a su ambiente. La personalidad se ha definido como la estructura de los hábitos y significados personales que le dan un trayecto a la conducta (Horrocks, 1994).

Por lo general, la personalidad se analiza por medio de la clasificación de conductas dentro de varias categorías, las cuales van a representar las dimensiones que tiene dicha personalidad. Asimismo, se dice que, si la personalidad cambia con la edad, las dimensiones de la personalidad, permanecerán estables a través de las distintas etapas de la vida.

Los principales cambios que se dan en la personalidad, se presentan en la etapa de la adolescencia, con algunas fluctuaciones año con año. Durante dicha etapa, se presentan importantes diferencias en relación al sexo, que se atribuyen al aspecto cultural y a las expectativas que se tienen en cuanto a los roles sexuales. La personalidad del adolescente, se caracteriza por ciertas conductas y algunas reacciones que tienen dichos adolescentes. Por ejemplo, se experimenta la autosuficiencia, se presentan algunas conductas de dependencia, al igual que la ansiedad y la hostilidad (Horrocks, 1994).

Asimismo, conforme va avanzando la etapa, el adolescente va adquiriendo mayor experiencia y conductas de enfrentamiento más efectivas, y disminuye la necesidad de desarrollar conductas como la hostilidad y la ansiedad, pero esto solo sucede cuando el desarrollo es normal. En el último periodo de la adolescencia, los jóvenes muestran rasgos de ser más convencionales realistas y prácticos. Esta última etapa está establecida cada vez más por la cultura, a medida que los jóvenes se vuelven menos idiosincrásicos y empiezan a participar dentro del grupo cultural de la sociedad adulta (Alcántar, 2002).

## **2.4 Etapas de la adolescencia.**

Ningún esquema del desarrollo puede describir adecuadamente a cada uno de los adolescentes, ya que estos no forman un grupo homogéneo. Existe una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial. Además, los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima.

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

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

- **Adolescencia inicial.**

Para Dueñas (2011), abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner es de gran utilidad para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales.

Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo.

Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”. También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares. La

capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas.

El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. Estos cambios se manifiestan frecuentemente como un soñar despierto, que no solo es normal, sino además importante para el desarrollo de la identidad, porque le permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear importantes aspectos de su vida. Sin embargo, a estas alturas este tipo de pensamiento es lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto. En esta fase se produce un incremento de las demandas y expectativas académicas (Dueñas, 2011).

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres. Se muestra insolente ocasionalmente y adquiere más conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello causa cierta tensión con estos. Sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas.

El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar. El involucramiento con los pares se caracteriza por el contacto principalmente con aquellos del mismo sexo y la aparición de la necesidad de amistades exclusivas mejor(es) amigo(s), con quienes divertirse y compartir secretos. Estas son idealizadas con frecuencia y pueden volverse intensas, generándose fuertes sentimientos de cariño hacia



determinados pares, que pueden incluso llevar a dudas, temores, exploración y/o relaciones homosexuales. Debe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares (Dueñas, 2011).

En cuanto al desarrollo sexual, en esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Las rápidas transformaciones corporales llevan al adolescente a preocuparse en forma creciente por su imagen, a focalizarse en hallazgos físicos triviales, a hacerse repetidamente la pregunta ¿soy normal? y a necesitar reafirmación de su normalidad. Está inseguro respecto de su apariencia y atractivo, y compara frecuentemente su cuerpo con el de otros jóvenes y con los estereotipos culturales. En esta etapa aparece pudor o inquietud de ser visto desnudo y aumenta el interés en la anatomía y fisiología sexual, lo que incluye dudas y ansiedades acerca de la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación, el tamaño de las mamas o el pene, entre otras cosas. La menarquia representa un hito para las mujeres, que puede acompañarse de confusión o vergüenza si no ha existido una preparación adecuada para enfrentarla. Por otra parte, se intensifican los impulsos de naturaleza sexual (que se alivian frecuentemente a través de la masturbación) y aparecen las fantasías sexuales y los sueños húmedos (poluciones nocturnas). Hombres y mujeres exploran roles de género más diferenciados

Por último Dueñas (2011), menciona respecto del desarrollo moral, en esta etapa se avanza desde el nivel preconventional al convencional. En el primero, que es propio de la infancia, existe preocupación por las consecuencias externas, concretas para la persona. Las decisiones morales son principalmente egocéntricas, hedonistas, basadas en el interés propio, en el temor al castigo, en la anticipación de recompensas o en consideraciones materiales. En el segundo nivel existe preocupación por satisfacer las expectativas sociales. El adolescente se ajusta a las convenciones sociales y desea fuertemente mantener, apoyar y justificar el orden social existente.

- **Adolescencia media.**

Para Pasqualini (2010), esta etapa comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas.

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa.

Se planteaba que esta sensación de omnipotencia les deterioraba el juicio y producía una falsa sensación de poder, que en situaciones críticas les acarrea consecuencias negativas, pues los llevaba a tener convicciones tales como «nunca me voy a quedar embarazada a pesar de tener relaciones sexuales no protegidas o imposible que me convierta en un adicto» aunque consumiesen drogas. Sin embargo, la investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes tienen conciencia de los riesgos que corren, pero esto no los inhibe de presentar estas conductas debido a que atraviesan por un período de incremento sustancial de la inclinación hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones, lo que aumenta en presencia de pares (Pasqualini, 2010).

Ello sería producto de la maduración más temprana del sistema cerebral socioemocional que del sistema de control cognitivo, con el resultado de que, en condiciones de excitación emocional, el primero sobrepasa la capacidad regulatoria del segundo (todavía relativamente inmaduro). Así, en situaciones que son particularmente cargadas emocionalmente, aumenta la probabilidad de que estas influyan en sus conductas más que la racionalidad.

También en el ámbito psicológico, en la adolescencia media persiste la tendencia a la impulsividad (otro factor relevante en las conductas de riesgo), siendo las aspiraciones vocacionales de los jóvenes menos idealistas ya.

Así también Pasqualini (2010), menciona que el desarrollo cognitivo en esta etapa se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento, y de la creatividad. El adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y los demás lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general. Cabe destacar, que el pensamiento puede revertir al nivel concreto en situaciones de estrés (Es difícil creer que esa adolescente a la que le acabamos de diagnosticar diabetes tenga promedio, en el colegio. ¡No parece entender nada de lo que le decimos)! Por otra parte, aumentan significativamente las demandas y expectativas académicas. Se espera que durante este período el joven obtenga logros académicos y se prepare para el futuro.

Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de su grupo de pares, en un intento de separarse más de la familia y encontrar su propia identidad. La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva –motivándolo a destacar en lo académico, deportivo, a postergar el inicio de relaciones sexuales, etc., como negativa, favoreciendo por ejemplo que se involucre en conductas de riesgo. Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos, y frecuentemente se establecen relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un rol progresivamente mayor a

medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía, un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades (Pasqualini ,2010)

A la vez, durante la adolescencia media el joven lucha para emanciparse de su familia. Muestra un franco menor interés por sus padres, volcando su motivación y tiempo libre principalmente hacia sus pares y a actividades fuera del hogar (Pasa todo el tiempo con los amigos. ¡No lo vemos nunca!) o a estar solo. Es esperable que en esta etapa el adolescente desafíe los valores y la autoridad de los padres ya que el dice “Es mi vida”, Puedo ir a donde yo quiera y con quien quiera), y ponga a prueba sus límites. Esta es una parte necesaria del proceso de crecer, pues para alcanzar la madurez, debe separar su propia identidad de aquella de su familia y avanzar en el desarrollo de su autonomía.

El joven necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su propio camino en la vida y que no necesita de las opiniones ni las directrices de sus padres. Busca activamente juicios y valores propios, sin aceptar ya automáticamente los de ellos. Magnifica los errores y contradicciones de estos para facilitar su proceso de desapego, llegando a descalificarlos con frecuencia. Como consecuencia de todo lo anterior y de la reacción de los padres a estos cambios, los conflictos padres-hijo alcanzan su máximo en este período.

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos. Sin embargo, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing pasan a ser muy importantes) y con su comportamiento (coqueteo).

En este período se toma conciencia de la orientación sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. Estas son habitualmente breves y utilitarias, predominando en ellas la exploración, la búsqueda, la descarga de

impulsos sexuales y el egocentrismo. Las relaciones de pareja pueden también comprender fantasías idealistas y románticas. Por último, en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales con cierta frecuencia. Pasqualini, 2010)

El nivel de desarrollo moral en la adolescencia media corresponde generalmente al convencional, en el cual funcionan también la mayoría de los adultos. Tas de riesgo.

- **Adolescencia tardía.**

Para Fernández & Escalona (2009), abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Esto parece estar retrasándose cada vez más y podríamos hablar de las crisis de los ¿30? ¿35? sus evolutivas de la maduración humana, podrán participar productivamente, y disfrutar de ello, desarrollando todo su potencial en nuestra sociedad.

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las

responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales.

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. Existe gran interés en hacer planes para el futuro, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y las metas vocacionales se vuelven realistas. Idealmente el joven realizará una elección educacional y/o laboral que concilie sus intereses, capacidades y oportunidades. Avanza en el camino hacia la independencia financiera, la que logrará más temprano o más tarde, dependiendo de su realidad. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar ya la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse (Fernández & Escalona, 2009).

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas.

Para Fernández & Escalona (2009), el desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas. Por otra parte, el joven se reacerca a la familia, aumentado gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. Ya ha alcanzado un grado suficiente de autonomía, se ha convertido en una entidad separada de su familia, y ahora puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres, y buscar (o permitirles) su ayuda, pero en un estilo de interacción que es más horizontal. La relación padres-hijo alcanza nuevas

dimensiones, que acrecientan el desarrollo personal y familiar, cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias.

Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anormalidad. Acepta también su identidad sexual, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo.

Por último, desde la perspectiva del desarrollo moral, en esta etapa la mayoría de los adolescentes funciona en el nivel convencional, alcanzando solo algunos el posconvencional. En este último y avanzado nivel, existe eminentemente preocupación por principios morales que la persona ha escogido por sí misma. El acercamiento a los problemas morales ya no se basa en necesidades egoístas o en la conformidad con los otros o con la estructura social, sino que depende de principios autónomos, universales, que conservan su validez incluso más allá de las leyes existentes (Si bien estoy súper comprometida con mi religión, no comparto algunas de sus enseñanzas, porque yo veo que la realidad es distinta).

Para finalizar, debe destacarse que el desarrollo no llega a su fin con el término de la adolescencia y que el adulto joven que emerge de este proceso no es un «producto acabado». El desarrollo es un proceso que tiende a continuar a lo largo de toda la vida, por lo que si bien los cambios futuros pueden no ser tan rápidos y tumultuosos, los adultos jóvenes se verán enfrentados a otras tareas del desarrollo –tales como la adquisición de la capacidad para establecer relaciones íntimas estables, cuyo logro dependerá en gran parte de la resolución saludable del proceso adolescente (Fernández & Escalona, 2009).

Durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven

a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad.

## **2.5 Teorías sobre la adolescencia**

Esta etapa de la vida ha sido estudiada por múltiples enfoques y autores, los que agregan diferentes características para enriquecer su comprensión.

El aporte de Erickson a la comprensión de la adolescencia consiste en señalar que el joven se enfrenta a conflictos entre sus propios impulsos y el mundo social, su principal tarea es responder a la pregunta ¿Quién soy? (Erikson, 1997). De este modo, poco a poco se va conformando una identidad coherente a partir de la historia de vida, talentos, valores, relaciones, cultura, entre otros.

Tal búsqueda de identidad, se relaciona con sentirse a sí mismo estable a lo largo del tiempo, y con la adopción de una identidad psicosexual definitiva. Se relaciona también con la individualización de la persona, para lo cual muchas veces el adolescente se separa de su familia de origen, generando posible rebeldía hacia los padres. Otra tarea fundamental de la adolescencia, es la definición de la identidad en el plano vocacional y laboral, que muchas veces se ve determinada por una influencia sociocultural (Erikson, 1997).

Por su parte, Piaget, refiriéndose a los cambios cognitivos, señala que el adolescente inicia un pensamiento operativo formal o hipotético deductivo, caracterizado por la capacidad de abstracción y razonamiento, pudiendo enfrentarse a problemas y generando estrategias claras de resolución. Junto con esto, los adolescentes deben ser capaces de realizar operaciones meta cognitivas, esto es, ser capaz de reflexionar sobre los propios actos cognitivos. Surge también un desarrollo en el sistema simbólico (lenguaje) en donde el individuo comienza a asumir diferentes significados, abriéndose al uso de dobles sentidos y metáforas (García, 2001).

Para Ricardo Capponi, la adolescencia transcurre entre los 12 y los 24 años, acercándose así a la prolongación de la dependencia económica de los padres que



se observa en la actualidad en las sociedades en vías de desarrollo. Según el autor, los jóvenes tienen como tarea de desarrollo, “la búsqueda de su identidad personal, de género y de orientación sexual. Esta situación provoca una gran crisis que conlleva un alto nivel de ansiedad. Entran en juego cuatro grandes instintos: agresivo, sexual, alimenticio y adictivo”. Se plantea a los padres y educadores la necesidad de tratar bien a dichos instintos para ayudar al joven en el desarrollo de una inteligencia emocional que le permita una adecuada convivencia.

Desde un ángulo psicodinámico, la adolescencia es entendida como una etapa de la vida en donde hay una lucha por desarrollar la independencia y separación de los padres. Es el momento en que se hacen conscientes muchos conflictos que hasta ese entonces permanecían en el inconsciente, junto con la conformación de una identidad sexual y personal (Nicolson & Ayers, 2002).

Otro de los aspectos importantes del desarrollo adolescente y que forma parte de la identidad personal es el razonamiento moral, que se define como el desarrollo de un sentido de justicia individual, Hernández (2005), es quien plantea esta temática y propone seis sub etapas a lo largo de la vida. Se espera que desde los 13 años de edad en adelante exista una moralidad de los principios morales auto aceptados. El individuo reconoce que puede haber conflicto entre dos normas socialmente aceptadas y tiene como tarea decidir entre ambas, de tal modo que el control del comportamiento es interno, ya sea en la observación de las normas y en el razonamiento de lo que es o no correcto. Concluyendo así que la adolescencia es también el momento de la vida en que se asumen principios morales o se posterga la elección de ellos.

Para el psiquiatra S. Freud, la adolescencia es el momento en que se produce la maduración de los órganos genitales, junto a los cambios corporales que están determinados genéticamente y que ponen fin al período de latencia. Se manifiesta con fuerza el instinto sexual y otros fenómenos que son, para esta teoría, energías libidinales que buscan aliviar la tensión. De este hecho, se desprende el despertar sexual que irrumpe con fuerza desconocida hasta ese momento (Fuentes, 1994).

## **2.6 Problemas de la Adolescencia**

Como ya se ha mencionado la adolescencia es una etapa de constantes cambios, los cuales son de índole psicológica, física y social. Dichos cambios hacen que el adolescente se torne más vulnerable, ya que surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, lo cual les produce sentimientos de ansiedad, tensión y estrés que a veces no pueden controlar. Esto puede llevarlos a ciertas conductas de riesgo, como son: el consumo de drogas, el intento de suicidio y en situaciones extremas al suicidio consumado (Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, González-Forteza, Amador y Bermúdez, et al, 2003).

En relación a lo anterior, en las últimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante de la conducta suicida en los adolescentes, tanto en México como en otras regiones del mundo. Cabe mencionar, que las tasas de suicidio consumado son más altas en los hombres, mientras que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres (González- Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998).

En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se presentan en un alto porcentaje entre los jóvenes. Las muertes por suicidio constituyen, después de los accidentes automovilísticos, la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 24 años.

Es importante tener en cuenta que un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos, que inicia con problemas tempranos de desarrollo en la infancia, las cuales hacen que el adolescente no sea capaz de tratar con las demandas normales que implica su desarrollo.

Asimismo, para que se dé un intento de suicidio, tienen que estar presentes otros acontecimientos externos en la vida de estos adolescentes. El intento de suicidio puede ocurrir en un momento en que había una posibilidad de que su vida experimente un cambio; no ocurre sólo cuando el adolescente está deprimido, sino

cuando ha ocurrido algo que le quita todas las esperanzas de cambio que tenía (Laufer, 1999).

En algunas investigaciones se ha dicho que el suicidio puede estar asociado con el consumo de drogas, o con trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no en todos los adolescentes se observa un trastorno mental diagnosticable y en este caso, el papel principal lo desempeñan los factores personales y sociales.

Es importante mencionar, que la presencia de algunos cambios sociales subyacentes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambios en el perfil epidemiológico del país, contribuyen a que aumenten las tasas de suicidio en esta etapa de la vida que es tan vulnerable (González-Forteza, Ramos, Mariño & Pérez, 2002).

Como ya se mencionó, el consumo de drogas es otro problema que se presenta en la adolescencia, ya que en esta etapa se despierta la curiosidad e impera una necesidad de experimentar nuevas cosas, que van utilizando para poder resolver los problemas que se les presentan a diario y por el proceso de búsqueda de su identidad. Sin embargo, cabe mencionar que no todos los adolescentes se ven afectados por este problema, y que algunos no consumen drogas o si lo hacen, dejan de usarlas en poco tiempo (Villatoro, 2002).

Al igual que en las conductas suicidas, existen muchos factores por los cuales los adolescentes se involucran en el consumo de drogas, uno de ellos es el ambiente que rodea al adolescente, la desorganización social (ambiente hostil, zonas de alta delincuencia, alta disponibilidad de las drogas), una inadecuada socialización y la tensión, el estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que juega el adolescente (Villatoro, et al, 1996).

Otros factores importantes son: la familia, los amigos y la escuela. Algunos autores mencionan que, si un adolescente deja los estudios, se encuentra en un ambiente familiar inestable y tiene amigos que incurran en conductas antisociales o en el

consumo de drogas, va a ser muy probable que se involucre en las mismas conductas.

En tanto que, Conger (1980, citado en Alcántar, 2002) plantea que el mayor peligro que presentan los adolescentes al consumir drogas, es que el consumo se puede convertir en un sustituto para enfrenar los problemas de la vida diaria.

Como se ha visto, la transición de la adolescencia a la edad adulta, en muchas ocasiones es muy estresante, debido que al dejar la niñez, el adolescente tiene nuevas expectativas. De tal manera que se les exigen que se comporten como adultos, lo que representa que tengan más responsabilidad, más compromisos.

Por lo tanto, cuando los jóvenes no pueden cumplir todas esas tareas, se pone en riesgo su salud mental, ya que se presenta una baja autoestima, depresión, desesperanza y finalmente las conductas suicidas y /o el consumo de drogas.

Asimismo, se debe tener en cuenta que un desarrollo difícil y/o complicado puede influir para que se presenten las conductas suicidas, principalmente los cambios físicos, sociales y cuando surge la formación de la identidad. Aunque también es importante decir, que los cambios no afectan a todos los adolescentes de la misma manera, más bien depende del ambiente sociocultural en el cual se desarrollen.

Por lo tanto, se puede decir que al ser la adolescencia la edad en la que se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, dejando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto, algunos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso manifiestan y sienten que su futuro se encuentra fuera de control por lo que surge y ven en la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas una salida ante tal situación.

## **Método**

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Analizar la ideación suicida en adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco

#### **Objetivos Específicos**

- Describir la ideación suicida en adolescentes por sexo con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco
- Identificar la actitud hacia la vida/muerte de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco
- Detectar los pensamientos o deseos suicidas en los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco
- Interpretar los intentos suicidas en los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco
- Examinar la realización de intentos suicidas en los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco

### **Planteamiento del problema.**

Es bien conocido que las cifras altamente crecientes de los casos de suicidio consumado representan un alarmante problema de salud pública, se estima que en lo que va corrido del siglo ya se ha producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo. Según cálculos de la OMS, los suicidios representaban ya en el año 2000, el 17% de las causas de muerte de origen traumático, sobrepasando el millón de casos al año en todo el mundo, cifra que se elevará a 1,53 millones de personas en 2020 (Bertolote & Fleischmann, 2012)

Si bien la conducta suicida un grave problema de salud pública en el ámbito mundial, continúa siendo hasta el día de hoy una de las grandes frustraciones de la condición humana, cuando sucede en la adolescencia y jóvenes todavía es más difícil de aceptar, pues este dramático evento eleva notablemente la carga social y económica de las sociedades afectadas.

Sobre la ideación suicida como variable de estudio se evidencia que el recorrido es menor y los datos son menos prolíficos. No obstante, una de regularidades que se evidencia es la familia como factor de riesgo o como factor protector. En este sentido, Cummings (2012), afirma que cuando un adolescente es expuesto a ambientes familiares incongruentes o disfuncionales es más probable que desarrolle desajustes emocionales o cognitivos.

Así, por ejemplo, la carencia de redes de apoyo en el ambiente familiar en los adolescentes afecta su vinculación psicosocial, el pobre funcionamiento familiar, la presencia de crisis familiares, la disfuncionalidad, la poca expresividad, la mala comunicación y la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas pueden considerarse como factores de riesgo o predictores para la presencia de ideación suicida entre otros problemas. Dando como conclusión la siguiente pregunta de investigación; ¿Cuál es el nivel de ideación suicida en los adolescentes con padres profesionistas separados del Municipio de Tejupilco?

## **Tipo de Estudio**

La presente investigación fue de tipo descriptivo porque se analizó la ideación suicida en adolescentes con padres separados en el municipio de Tejupilco.

## **Variables**

### **Variable conceptual**

Ideación Suicida: Refiere Eguiluz(1995), que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

### **Variable operacional**

Se utilizó la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse.

## **Población**

La investigación se realizó en el municipio de Tejupilco donde habitan miles de personas donde solo se trabajara con adolescentes de ambos sexos de 15 a 16 años que cursen la preparatoria y los cuales sus padres sean profesionistas y estén separados.

## **Muestra**

La muestra fue no probabilística de tipo intencional donde solo se trabajara con adolescentes de ambos sexos de 15 a 16 años, que estudien en una escuela preparatoria, siendo un que deseen participar de forma voluntaria en la investigación, por invitación directa a los adolescentes y donde sus padres sean profesionistas y que estén separados con máximo un año separados.

## **Instrumento**

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. No se han realizado estudios de validación en nuestro país, y sólo disponemos de algunas adaptaciones o traducciones al castellano.

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida/muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen sólo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación



y más elevado riesgo de suicidio. En un estudio realizado en nuestro país, la puntuación media (y desviación estándar) en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de psiquiatría por tentativa o ideación suicida fue de 13.5 (6.9) y 11.6 (6.8) respectivamente.

Esta escala puede ser un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas, y puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida.

### **Diseño de la investigación**

La siguiente investigación fue cuantitativa no experimental de tipo transversal ya que la variable ideación suicida se medirá en su contexto actual y se medirá en un tiempo y momento único.

### **Captura de información**

La investigación se llevó a cabo iniciando con establecer un convenio con los directores de las diferentes preparatorias que se encuentran en el municipio de Tejupilco, dónde al mismo se le dejó en claro que todos los datos recabados serán con fines académicos y de investigación sin fines de lucro donde se acudió a cada salón hasta terminar con la aplicación de aquellos que dieron el consentimiento de querer participar en la investigación, se revisó que todas las preguntas estén contestadas sin dejar ninguna en blanco, si surge alguna pregunta se pedirá que se levante la mano y que respondan todo los ítems e indicar que no hay respuestas correctas e incorrectas, y finalmente se dio las gracias a los alumnos que hayan participado y por supuesto al director por dar la oportunidad de aplicar el instrumento.

### **Procesamiento de información**

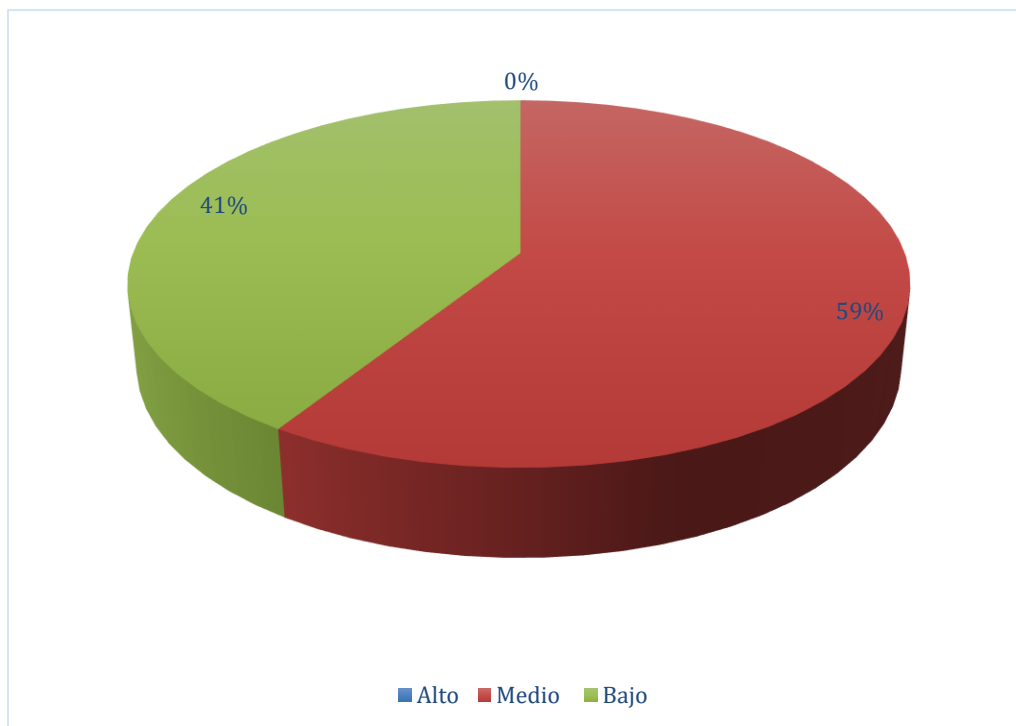
Para el análisis de los datos recolectados sobre la investigación fueron vaciados en el paquete estadístico SPSS el cual es un conjunto de programas orientados a la realización de análisis estadísticos aplicados a las ciencias sociales. Con más de 30 años de existencia es, en la actualidad, el paquete estadístico con más difusión a nivel mundial, donde se utilizó la estadística para medir porcentajes y frecuencias donde los resultados fueron representados en gráficas y tablas, la información será más explícita y entendible.

## Análisis de resultados

La ideación suicida es la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de «querer matarse», que forma parte de la conducta suicida.<sup>1</sup> El término implica un rango de gravedad ideas vagas a un plan detallado e intensidad, pues puede conllevar pensamientos infrecuentes en un contexto de «vaga curiosidad» y sin impacto, a otros fácilmente suprimibles y, finalmente, a pensamientos constantes e incontrolables.

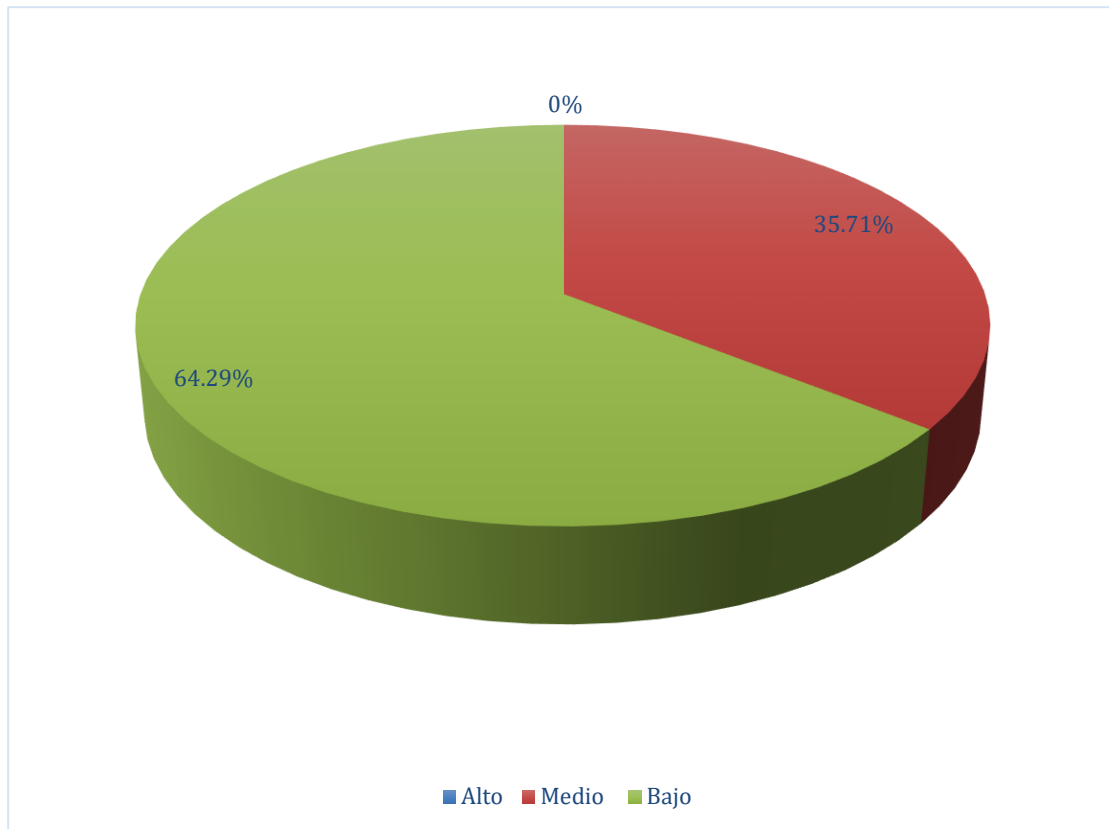
De acuerdo a los datos recabados los resultados son los siguientes:

**Grafica 1. Ideación suicida de manera general**



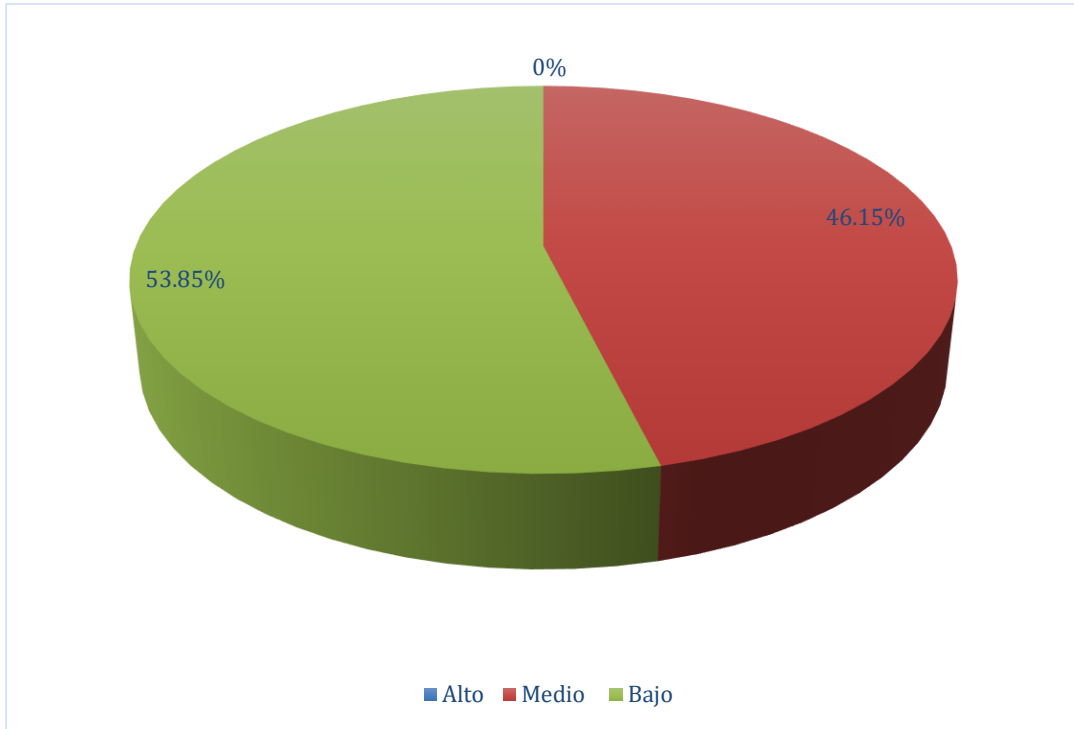
La grafica 1 muestra que el 59% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel medio de ideación suicida y el 41% un nivel bajo.

**Grafica 2. Ideación suicida en mujeres**



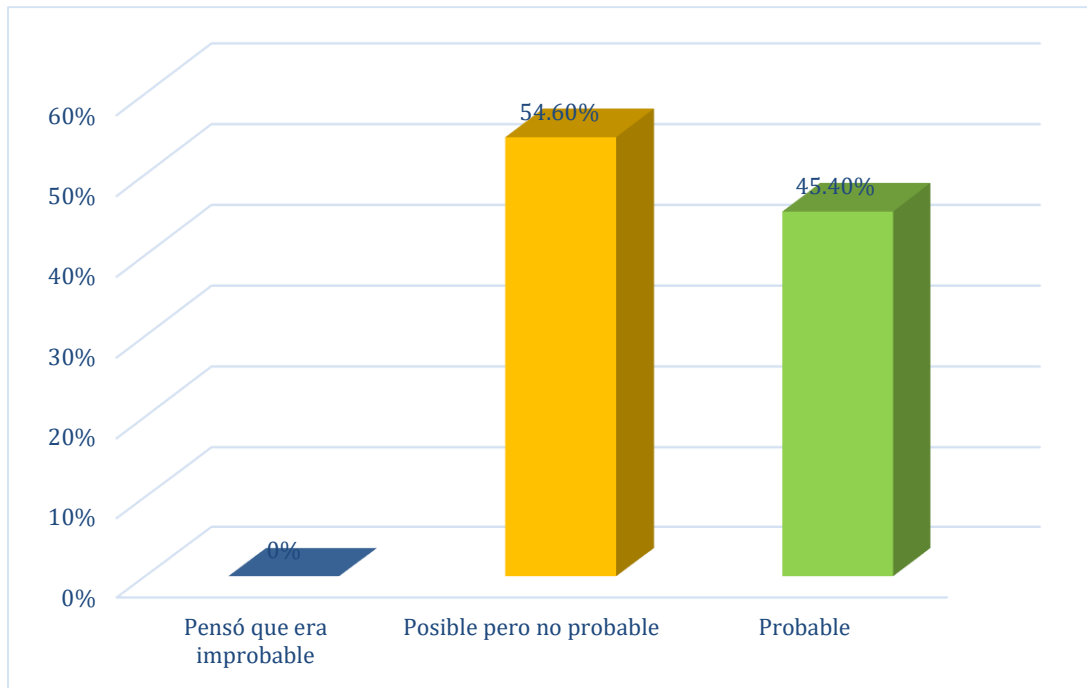
La grafica 2 muestra que el 64.29% de las mujeres adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel bajo de ideación suicida y el 35.71% un nivel medio.

**Grafica 3. Ideación suicida en hombres**



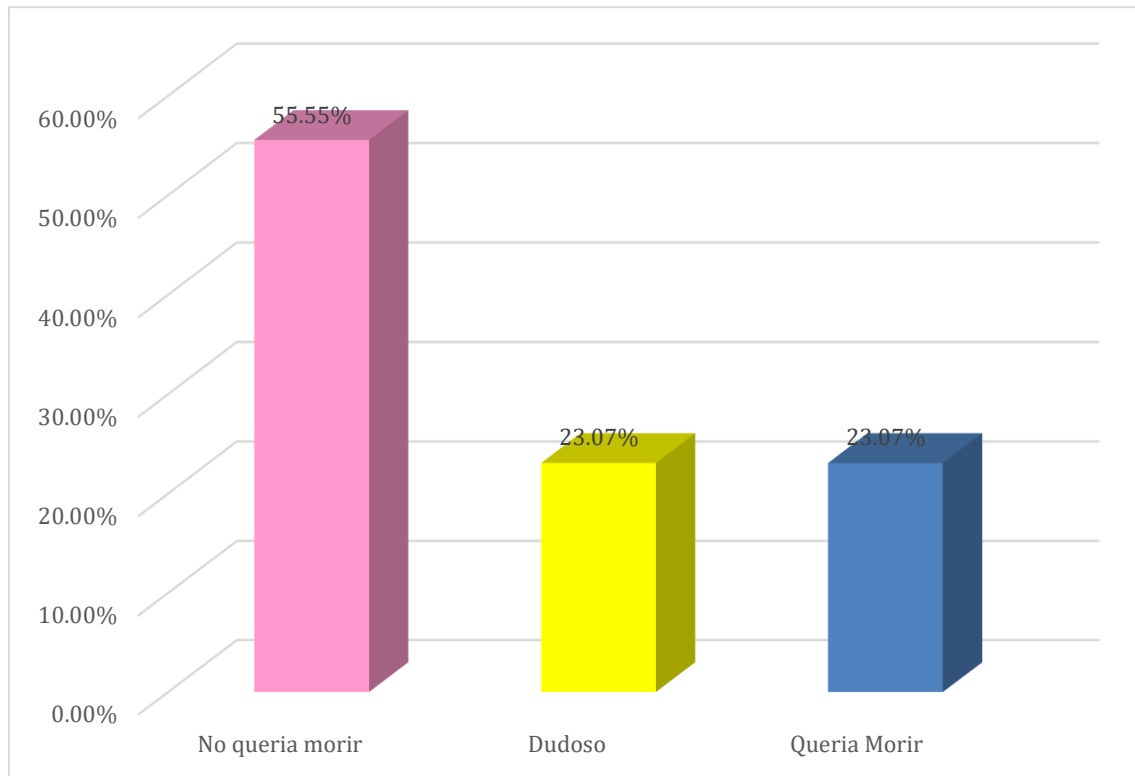
La grafica 3 muestra que el 53.85% de los hombres adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel bajo de ideación suicida y el 46.15% un nivel medio.

**Grafica 4. Expectativas sobre la probabilidad de muerte**



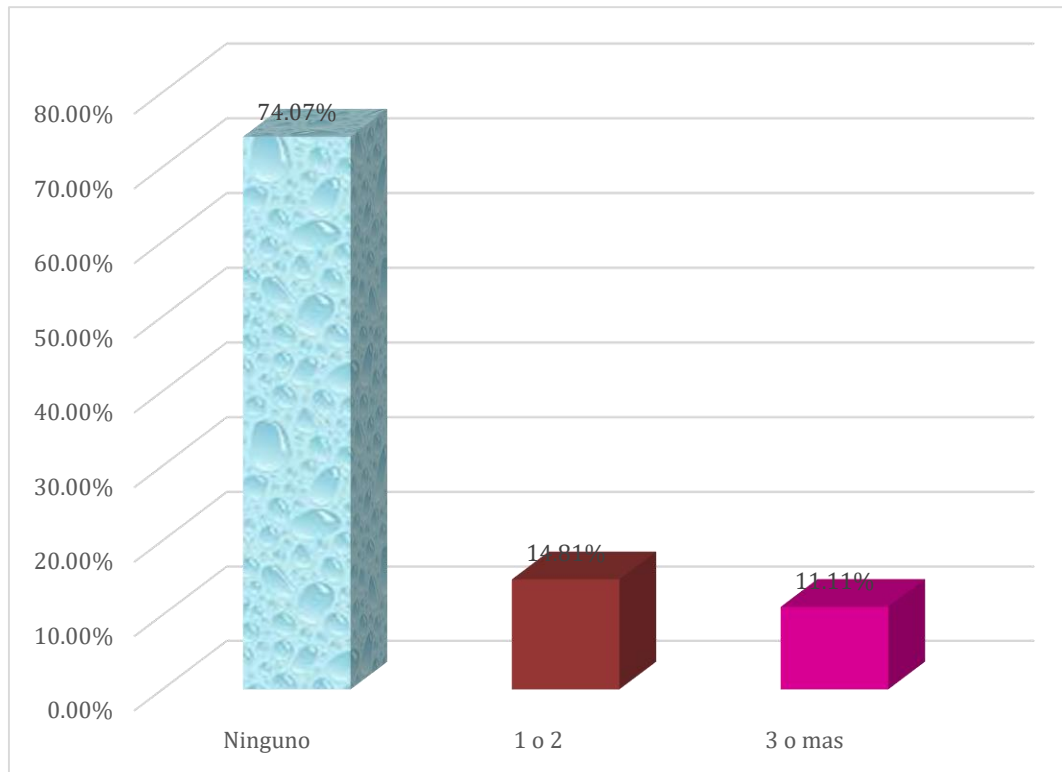
La grafica 4 muestra que el 54.60% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tiene una expectativa posible pero no probable hacia la muerte y el 45.40% un expectativa posible hacia la muerte

**Grafica 5. Actitud hacia el vivir/morir**



La grafica 5 muestra que el 55.55 % de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tiene una actitud hacia el no quería morir y un 23.07% hacia las actitud dudosa y del querer morir

**Grafica 6. Número de intentos de suicidio previos**



La grafica 6 muestra que el 74.07% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco no han tenido ningún intento de suicidio, mientras que el 14.81% han tenido de 1 a 2 intentos de suicidios y el 11.11% 3 o más intentos.



## Discusión

La ideación suicida es como “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia. Se incluyen aquellos pensamientos que refieren a la falta de valor del sentido de la vida, deseos de quitarse la vida, la planificación del acto suicida y fantasías en torno a la muerte. Es necesario hacer particular diferenciación entre lo que se entiende como ideas suicidas y el acto suicida propiamente dicho, ya que éste último tiene como resultado final la eliminación de su propia vida, mientras que las ideas hacen referencia a una tentativa de autolesión o autoeliminación intencionada sin resultado de muerte.

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995), menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Según De la Torre Marti (2013), existen diversas causas de ideación suicida, ya que es un fenómeno multi determinado. Desde una perspectiva cognitiva- conductual, destacan algunos factores que podrían tener mayor influencia sobre las ideas y conducta suicida. Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), explican que la una persona puede expresar cierta tendencia al suicidio en conductas manifiestas: “el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en las expresiones verbales. El suicida puede decir por ejemplo: “no deseo seguir viviendo” o “quiero terminar con todo”. Otras expresiones que pueden indicar ideas de suicidio son “no voy a aguantar mucho más”, “soy una carga para todo el mundo”, “las cosas no van a mejorar nunca”, “toda mi vida he sido inútil, etc”. En ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

De acuerdo a los resultados en esta investigación se encontró que el 59% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel medio de ideación suicida, esto significa que presentan

características tales como falta de interés en las actividades cotidianas, alteración del rendimiento académico, comportamiento inadecuado, ausencias inexplicadas, fumar excesivamente, beber o uso de sustancias psicoactivas, incidentes que conducen a violencia, cambio en las conductas alimentarias, descuido en la higiene y presentación personal, aburrimiento constante, dificultad de concentración, alteración en el patrón de sueño, frecuentes consultas por síntomas físicos, manifestaciones de emociones contenidas, regalar o tirar sus objetos favoritos, situaciones de riesgo innecesarios y avisos de planes o intentos de suicidarse (Steele y Doey, 2007).

Esto se debe según Pérez (2005), múltiples teorías sobre la etiología de este fenómeno, concluyendo que es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales.

Entre los factores biológicos que se han asociado al suicidio están: insuficientes sitios para unión de la imipramina en las plaquetas, test de no supresión de dexametasona, eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal anormal, alteración del sistema serotoninérgico y niveles de colesterol disminuidos en plasma. Se han hallado niveles bajos de serotonina y sus metabolitos (ácido 5-hidroxi-indolacético) en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con suicidio consumado; además, se ha establecido una relación directa entre los niveles bajos de serotonina y el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyen la actividad serotoninérgica pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen delreceptor 5-HT<sub>2A</sub>) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos).

Adicionalmente, se ha postulado el modelo de estrésdiátesis, en el que por un lado se identifica un estresor que puede iniciar o agudizar un trastorno psiquiátrico, o promover una crisis emocional. Por el otro, está la diátesis o predisposición, donde se encuentra la combinación factores como el género, un componente genético y

biológico, experiencias previas, soporte psicosocial y disponibilidad de los métodos para el suicidio.

Así mismo se encontró que el 35.71% de las mujeres adolescentes y el 46.15% de los hombres adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel medio de ideación suicida lo cual indica que el adolescente tiene una conducta impulsiva al no pensar dos veces en lo peligroso de sus actos, así también presentan baja autoestima en donde se puede sentir menos que los demás, muestra pocas habilidades sociales y sentimientos de soledad; esto coincide con lo que menciona Arias (2013), cuando dice que la persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual. Por lo cual los cambios más característicos que presentan los adolescentes con ideación suicida son: tristeza, comportamiento inadecuado, escribir notas de despedida, violencia, estrés, enojo, ira, alteración en el rendimiento académico, baja autoestima, entrega de posesiones valiosas, aislamiento, incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas, humor inestable, enojo o agresividad, comportamiento antisocial, conductas irreales, representación de fantasías, alta impulsividad e irritabilidad, rigidez de pensamiento y cumplir con patrones de conducta, escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades, inhabilidad para entender la realidad, tendencia a vivir en un mundo ilusorio, fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización, se defrauda fácilmente, ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones, sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres; incertidumbre en relación con la identidad de género u orientación sexual, relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos, depresión, presencia de trastornos del sueño y del apetito.

Por su parte Williams y Pollock (2001; citado en Palmer, 2007), menciona que las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo. Así mismo

considera que la ideación suicida esta relacionada con dos factores el estilo cognitivo y el familiar, el estilo cognitivo está asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones (especialmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis (por ejemplo, apoyo social). Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas

En el factor familiar y biológico contribuye y a aumentar el riesgo de suicidio, ya que los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a adolescentes suicidas son: psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos, en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias; comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores, ausencia de apoyo por parte de sus familiares, burlas y agresiones, poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes; expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores; padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada; falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido; rigidez familiar; familias adoptivas o afines.

Por su parte Calvo, Sánchez y Tejada (2003), consideran que la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas, así como la ausencia de la figura paterna,

la disfuncionalidad de los hogares y la situación económica. Los adolescentes constituyen un grupo de particular riesgo para conductas suicidas, y estudios como su investigación muestran cómo la vinculación familiar es parte fundamental dentro de los factores protectores, así como el hecho de consumir sustancias psicoactivas eleva el riesgo.

Teniendo en cuenta que la preparatoria constituye un escenario de formación, hay ciertos aspectos bioéticos importantes para garantizar una buena práctica profesional en el futuro, propendiendo por el respeto a la dignidad de las personas; tales aspectos son: la constatación de numerosos estudios de que las creencias ético-morales o religiosas condicionan el comportamiento suicida; el hecho de que el conjunto de valores ético-morales guía el establecimiento de normativas jurídico-legales, que sirven de marco a un ejercicio profesional adecuado a la norma; la realidad de que para muchos pacientes y médicos un sistema de creencias ético-morales o religiosas es algo que se debe tener en cuenta. El comportamiento suicida es un modelo de contraposición de derechos fundamentales del ser humano: la libertad y la vida. Sin el primero pudiera parecer que no merece la pena disfrutar de otros derechos, y sin el segundo no es posible hacerlo. Ahora, no podemos desconocer la posibilidad de psicopatología o discapacidad de un adolescente en un momento dado, para que tenga dificultades en el caso de tener que tomar las mejores decisiones posibles (Guzmán, 2006).

Finalmente se encuentran los resultados sobre la actitud sobre la vida y la muerte donde se encontró que el 55.55% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tiene una actitud hacia él no quería morir y un 23.07% hacia las actitud dudosa y del querer morir lo cual coincide con lo que afirma Jiménez y González-Forteza (2003), quienes consideran al suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida. Así mismo refieren que una persona con una actitud de querer morir presenta pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

## Conclusiones

De acuerdo a los resultados se concluye lo siguiente:

- La ideación suicida es la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia.
- El 59% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel medio de ideación suicida.
- El intento suicida es uno de los principales indicadores de riesgo para llevar a cabo el suicidio de consumación.
- El 64.29% de las mujeres adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel bajo de ideación suicida
- Un adolescente con ideación suicida presenta síntomas como la desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización, estados de ánimo cambiantes, reducción del cognitivo, perdida del interés por actividades normales, malestar físico.
- El 53.85% de los hombres adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco presentan un nivel bajo de ideación suicida y el 46.15 % un nivel medio.
- El 54.60 % de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tiene una expectativa posible pero no probable hacia la muerte.
- Un factor muy importante para el intento de suicidio depende del tipo de familia que la persona tenga, ya que de esta depende el sentirse integrado, querido, respetado, amado por los integrantes de la familia y eso lo demostrará en la sociedad y en su comportamiento diario, pues si desde el hogar la persona se siente despreciada, sola, ignorada, lo mismo sentirá ante la sociedad y se verá reflejado en sus acciones y comportamiento.
- El 45.40% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tienen una expectativa posible hacia la muerte

- El 55.55% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tienen una actitud hacia él no quería morir.
- El 23.07% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco tienen una actitud del querer morir.
- El 74.07% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco no han tenido ningún intento de suicidio
- El 14.81% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco han tenido de 1 a 2 intentos de suicidios.
- El 11.11% de los adolescentes con padres profesionistas separados del municipio de Tejupilco han tenido 3 o más intentos.
- El factor los conflictos familiares es una de las causas para el intento de suicidio ya que este es el núcleo de toda persona y si desde casa existen problemas, a donde quiera que este esa persona tendrá problemas con los demás ya sea para convivir, comunicarse, y demás acción, porque en nuestro hogar no se ve eso solo ven y escuchan, cosas malas, solo problemas de los padres, hermanos, familiares y se sienten mal por no poder ayudar a resolver estos conflictos y como no quieren seguir con ese ritmo de vida, ni seguir soportando lo mismo todos los días lo más fácil para ellos es morir, para poder olvidarse de sus problemas.

## Sugerencias

De acuerdo a los resultados se sugiere lo siguiente:

- Reforzar la calidad educativa y la permanencia de programas que proporcionen a los alumnos, herramientas para resolver problemas de su vida propia y del contexto en que les tocó vivir en el sistema de educación básica
- Que los medios masivos, a partir de su poder para influir en el pensamiento de la población, conlleven una gran responsabilidad social y se sumen al esfuerzo común para contar con una población informada y educada sobre el problema del suicidio
- Se les debe de brindar ayuda psicológica a todas las personas que tengan intentos previos de suicidio al igual que a su familia
- Iniciar talleres de convivencia con toda la familia para ver la integración de la misma y así observar deficiencias, comentarlas para evitar que sean más graves y se eviten los suicidios.
- Hacer campañas para evitar la violencia, auditiva, visual y familiar para que los adolescentes tengan una vida más saludable.
- Hacer énfasis en la convivencia familiar, para reforzar los lazos de amor y la integración de todos para evitar la muerte de muchos adolescentes en edad productiva y la desintegración familiar.
- Buscar ayuda en grupos de apoyo o en otros recursos disponibles en la comunidad donde vive el adolescente para que de esta forma se sienta conectado y pueda ayudar a reducir el riesgo de suicidio.
- Proponer la creación de un departamento de servicio y atención psicológica en cada institución para dar atención a los adolescentes en riesgo
- El personal de salud debe comprometerse a trabajar en el diseño de programas de prevención e intervención que respondan a las necesidades de los adolescentes, así como su implementación. Además de proveer de capacitación al personal de las escuelas



- Trabajar conjuntamente con autoridades municipales y escolares en proyectos enfocados a escuela para padres en coordinación con psicólogos familiares

## Referencias

- Aberastury, N. (1972). La Adolescencia normal, Ed. Paidós.Mexico
- Aguirre, A. (1994). La psicología de la adolescencia. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.
- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida y su relación con el consumo de drogas, autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis Licenciatura UNAM. México
- Alpízar, L. y Bernal, M. (2003). La Construcción Social de las Juventudes. Última década, 11(19), 105-123. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S071822362003000200008>
- Amezcua, (2001).Márquez E. El suicidio en los adolescentes: una revisión bibliográfica. Cuba: Hospital psiquiátrico de la Habana. 1994;35(1):37-41.
- Ann, P. (2010). Lived experience: Near-fatal adolescent suicide attempt. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of South Florida, College of Nursing.
- Apter, A. (1988). "Suicidal Behavior, Depression and conduct disorder in hospitalized adolescent". J ourna1 American Academy Children and Adolescent. Psychiatry, 27 (6); 696-699.
- Apter, A. (2002). Adolescent Suicide and Attempted Suicide. IMAJ, 4 , 283-287.
- Arias, A. (2013) Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. Revista vanguardia psicológica. Vol. 3, nº 2.
- Ariza, V. (2012). "Atar a la sociedad": Adolescencia, riesgo y población en la primera mitad del siglo XX (Tesis de maestría). Universidad Nacional, Colombia.
- Au, A., Lau, S. y Lee, M. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. Adolescence, 44, 851-868.
- Avellanosa, I (2006). A mi abuela la llamo mamá. Adolescencia, inmigración y género. Revista de estudios de Juventud nº 73: Adolescencia y comportamiento de género. (INJUVE).

- Baechler, B. (1981). Les suicides. París, Calman Levy.
- Barón, O. (2000.) Adolescencia y suicidio. Psicología desde el Caribe. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>.
- Barraclough, B. (19929). The Bible suicides. Acta Psychiatr Scand.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. Journal of Clinical Psychology, 44(4), 499-505.
- Beck, A; Rush, J; Shaw, B; Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión (19a ed) Nueva York: Desclee de Brower.
- Belanger, J. (2001). Imágenes y realidades del conductismo. Oviedo: Editorial de la Universidad de Oviedo.
- Bella, M. (2010 a ). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. Revista Argentina de Salud Pública, 1 (3), 24-29.
- Bella, M., (2010 b). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Archivos Argentinos de Pediatría, 108 (2), 124-129.
- Bentler, P. (1989). EQS. Structural Equations Program Manual. Los Angeles: BMPD Statistical Software Inc. Bronfenbrenner, U. (2002). La Ecología del Desarrollo Humano. Barcelona: Paidós. Caqueo, A. y Lemos, S. (2008).
- Bentler, P. (1989). EQS. Structural Equations Program Manual. Los Angeles: BMPD Statistical Software Inc.
- Blank, M. (1989). "Suicide: The Other Victims". Nursing - Times, 85 (26); 28-30.
- Blumenthal, A. (1988). Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínicas Médicas de Norteamérica. Ansiedad y Depresión.
- Bonanno, R. y Hymel, S. (2010). Beyond Hurt Feelings: Investigating Why Some Victims of Bullying Are at Greater Risk for Suicidal Ideation. Merrill-Palmer Quarterly, 56(3), 420-440
- Borges G, Orozco R, Benjet C,(2010). Suicidio y conductas suicidas en México, Salud Publica de México.

- Borges, G. (1995). Quienes cruzan el umbral: intento de suicidio y suicidio consumado, *Información Clínica Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 6 (7), 37-39.
- Borges, V. R., & Werlang, B. D. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicol Saúde Doenças*, 7(2), 195-209.
- Brooks, F. (1959, 1a ed.). *Psicología de la Adolescencia*. Argentina: Kapelusz.
- Buelga, (1999). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and development*, 35, 313-322. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x
- Cabra, O. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13 (2), 28-35.
- Calvo J, Sánchez R, Tejada P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev salud pública*; 5 (2): 123-143.
- Cano Domínguez, P., Pena Andreu, J. M., & Ruiz, M. (2012). Las conductas suicidas. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Malaga, Servicio de Psiquiatria del Hospital Universitario de Malaga, Malaga. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
- Carreño, (2004). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A Comparative Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(5):473-481.
- Casey, P. R., Dunn, G., Brennan, K., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., . . . Dwrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in general population. *British Journal of Psychiatry*, 189, 410-415.
- Castillo, L. (2013). Consideraciones psico dinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. [Versión electrónica], Norte de Salud Mental
- Castillo, G. (2010). *Los Adolescentes y sus Problemas*. 8ª ed. Pamplona. Edit. Eunsa.

- Casullo, M. ( 2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. *Anu Investig [en línea]*; 12: 173- 178. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=es).
- Chanoit, P. (1985). Raíces psicopatológicas de los actos suicidas. *Psicopatología*.
- Chávez A (2010) Medina M, Macías L. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental* 2008; 31 (003): 197-203.
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. y Che, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and development*, 35, 313-322. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x
- Choquet, M. (2010). Los jóvenes europeos y el alcohol: nuevos resultados. En: J. Elzo (Ed.), *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente* (pp. 35-46). Madrid: Entimema.
- Coffin, N., Alvarez, M. y Marín, A. (2011). Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la FESI: Un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341- 354.
- Conner, K., Meldrum, S., Wiwczorek, W., Duberstein, P., & Welte, W. (2004). The association of Irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20- years old students. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 34(4), 363-373.
- Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M. d., Caballero Avila, R., & Rosales Perez, o. C. (Diciembre de 2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su asociacion con diversos aspectos psicosociodemograficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2). Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933003>
- Cortés Alfaro, I. J., Rodríguez Dávila, E., & Durán Rivero, S. (Enero-Marzo de 2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Scielo*, 27(1). Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004)

- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Pearson Educación.
- De la Torre Marti, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio*. Madrid, España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). –Recuperado de la web el 1/08/15.
- De la Torre Martí, M. (2013). *PROTOCOLO PARA LA DETECCION Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACION SUICIDA*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid,. Obtenido de [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- Diekstra, R. (1989). *Suicide and the attempted suicide: An international perspective*. *Acta Psychiatr Scand*. 1989a, 80 (Suppl. 354): 1—24.
- Dirección General de Prevención del Delito de la Procuraduría General de la República, *Bullying, causa de suicidio* (2011). En *El Universal.mx*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/185763.html>
- Domínguez C., Pena A. y Ruiz R. (2007). *Las conductas suicidas*. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario. Málaga.
- Don-Sik, K., Youngtae, C., Sung-Il, C. y In-Sook, L. (2009). *Body Weight Perception, Unhealthy Weight Control Behaviors, and Suicidal Ideation Among Korean Adolescents*. *Journal of School Health*, 79, 585-592.
- Duché, D. (1964). *Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent*. *Psychiatrie de l'enfant*.
- Dueñas, M (2011). *La adolescencia: Sus características fisiológicas, psicológicas y sociológicas*, Argentina
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris, Alcan.

- Durkheim,(1989). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44, 851- 868.
- Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación*, Iztacala, UNAM; 121-130
- Eguiluz, L. L., Córdova, M. H., & Rosales, J. C. (Eds.). (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México: Pax México.
- Elzo, J. (2010). ¿Hay un modelo mediterráneo de consumo de alcohol? En Elzo, J. (Ed.), *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente* (47-67). Madrid: Entimema.
- Epling, W. y Pierce, W. (1992). *Solving the anorexia puzzle: A scientific approach*. Toronto: Hogrefe & Huber
- Erickson , E. (1997). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires. Paidós
- Escobar, B. (2012). *El trabajo infantil desde la revolución industrial hasta la actualidad* (Tesis de postgrado). Universidad de Cantabria, España
- Fedden, H. (1972). *Suicide. A social and historical study*. New York, Benjamin Blom, Inc.
- Feixa, C. (2011). Comentarios a ¿Qué hay más allá de la Juventud? Una lectura desde la política de los. *Tabula Rasa*, 377-379.
- Fernández, F. (1979). *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid, Paz Montalvo.
- Fernández, Y. y Escalona, J. (2009). Comportamiento del embarazo en la adolescencia. *Policlínico “José Martí”, Gibara. Rev. Ped. Elec.*, 8, 16-41. Recuperado de: [http://www.revistapediatria.cl/vol8num1/pdf/3\\_EMBARAZO\\_ADOLESCENCIA.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol8num1/pdf/3_EMBARAZO_ADOLESCENCIA.pdf)
- Florenzano, Valdés, Cáceres, & Santander. (Diciembre de 2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Scielo*, 139(12). Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001200001&script=sci_arttext)

- Forni, A. (1988). Las metodologías de George Herbert Mead y Herbert Blumer. Similitudes y diferencias. *Posdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*, 3(4), 71-86.
- Foucey fossou,(2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.
- Fuentes, C. (1994). *Adolescente embarazada: programa de apoyo emocional*. Santiago, Chile: Universitaria
- García , M (2001). *La encuesta en el análisis de la realidad social. Métodos*
- Gesell, A. (1958, 4a ed.). *El Adolescente de 10 a 16 años*. Argentina: Paidós.
- Gesell, A. y Ames (1956). *El Adolescente de 10 a 16 años*. Argentina: Paidós.
- Giner, J & Leal, C. (1982) "Conducta suicida" en J.J. López-Ibor, C. Ruiz Ogara y D. Barcia <Dir.>: *Psiquiatría*. Barcelona, Ed. Toray.
- Goldney, R., Dunn, K., Air, T., Dal Grande, E. y Taylor, A. (2009). Relationships between body mass index, mental health, and suicidal ideation: population perspective using two methods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 652-658.
- Gómez, C. (1996). *Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal*. Tesis Licenciatura. UNAM. México.
- González-Forteza, C., & Jimenez, A. (2010). *Problemática suicida: algunas consideraciones desde la investigación psicosocial*. In L. L. Eguiluz, M. H. Córdova, & J. C. Rosales, *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (pp. 47-73). México: Pax México.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L. y Medina-Mora M. (1998). *Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias*. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M. y Pérez, E. (2002). *Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48(1-4),74-84.



- Gould, (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:155-162.
- Gould, R. (1965). Suicide problems in children and adolescents. *Am J Psychotherapy*.
- Guzmán Y. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Rev Persona y Bioética*; 10 (27): 82-98.
- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas
- Hernández , M. de los A. (2005). *Estrategias para educar en valores*. Madrid. Editorial CCS
- Hernández, T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador del consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18, 199-212.
- Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K. y Viinamaki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A3-year prospective follow-up study in a general population. *Sociological Psychiatric Epidemiology*, 44, 29-33. doi 10.1007/s00127-008-0401-6.
- Hoffman, L., Paris, C. y Hall, E. (1996) *Psicología del desarrollo*. (Vol. 2) México: Mc Graw Hill.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. España: Paidós.
- Jiménez, T. y González, Forteza, C. (2003) "Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". *Salud mental* 26 (6), 35-51.
- Kachur, S., Potter, L., Powell, K., & Rosenberg, M. (1995). Suicide: Epidemiology, prevention, treatment. *Adolescent Med State Art Rev*, 6(2), 171-182.
- Kaltiala-Heino R et al. (1999) Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348–351.
- Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

- Laespada, M. (2010). La dimensión sincronica del beber en la España de hoy. Los menores como punto de especial atención y protección social ante el alcohol. En Elzo, J. (Ed.), *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente* (pp. 13-34). Madrid: Entimema.
- Lai, S. y Shek, D. (2009). Social Problem Solving, Family Functioning, and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents. In Hong Kong. *Adolescence*. 44. 391-406.
- Larraguibe, M. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*
- Laufer, M. (1999). *El adolescente suicida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lippincott, Williams, & Wilkins. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 40(7), 24-51.
- Litman, R. (1965). When patients commit suicide. *Am J Psychotherapy*.
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. Última década, 22(40), 11-36. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>
- Marchiori, H. (1990). *Criminología, delito y personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Marcos Lerner.
- Marchiori, H. (1998). *El Suicidio: enfoque criminológico*. México: Porrúa
- Mardomingo MJ. (1984). *La adolescencia: ¿Una edad en crisis?* MDP Monogr Pediatría. *Patología de la Pubertad*.
- Marti, P. (2003). *El suicidio ¿Qué es?*. Francia: Publicaciones Cruz.
- Martínez, J. (2011). Subjetividad, política y multitud: tres referentes para abordar la juventud. En G. Muñoz (Ed.), *Jóvenes, culturas y poderes* (pp. 189-219). Bogotá: Siglo del Hombre Editores
- Mead, G. (1934). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Menninger, K (1938). *Man Against Himself*. New York, Harcourt Brace and World.

- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.
- Morón, P. (1987). *El Suicidio*. México: Publicaciones Cruz
- Morris, C (1992). *Psicología. Un nuevo enfoque*. México: Prentice Hall.
- Morsell, P (1879). *El suicidio*. Milán.
- Murphy, G. y Wetzel, R. (1990). The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383–392.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12 (2), 179-192.
- Nicolson, D. y Ayers, M. (2002). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. Madrid. Narcea S.A.
- Nogales, A (1997). *La adolescencia. Pediatría Preventiva y Social*. 3 ed. De Paz Garnelo JA.
- Norlev, J., Davidsen, M., & Sundaram, V. (2005). Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-years old danes: A national representative population study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 291-308.
- Norlev, J., Davidsen, M., & Sundaram, V. (2005). Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-years old danes: A national representative population study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 291-308.
- Organización Mundial de la Salud. (2000 )*Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2004*. Ginebra, Suiza. Recuperado, de <http://www.who.int/whr/2004/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Informe subregional de suicidio Centroamérica y República Dominicana 1988-2008*. Panamá

- Palacios, A. (1999). La adolescencia y su significado evolutivo. Desarro Psicológico Educ. Madrid.
- Palmer, S. (comp.) (2007). Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention. New York: Ed. Routledge.
- Pasqualini, D. (2010). Los y las adolescentes. En Pasqualini, D. y Llorens, A. (Eds.).
- Pasqualini, D. y Llorens, A. (Comps.). (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Pelicier, Y. (1985). En torno a la historia del suicidio. Psicopatología.
- Pérez S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría; 24 (3): 386-394.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista cubana de medicina general, 15(2), 196-217.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista cubana de medicina general, 15(2), 196-217.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. y Ayala-Aguilera, J. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. Revista Salud Publica, 9(2), 230 – 240.
- Perinat, M.(2003). Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial. Barcelona: Editorial UOC.
- Perrot, M. (1996). La juventud obrera. Del taller a la fábrica. En G. Levi y JC Schmitt (Dir.), Historia de los jóvenes: II. La edad contemporánea (Trad. M. Barberán). Madrid: Taurus.
- Pfeeffe, C.(1988). "Suicidal Behavior in - Adolescent Psychiatric inpatients". Journal American Academy Children and Adolescente. Psychiatry, 27 (3); 357-361.
- Piaget, J. (1959). El Desarrollo intelectual del adolescente. En Copland, G (1973) (Eds), Psicología Social de la Adolescencia, pp.23-25. España: Paidós.
- Poldinger, W. (1969). "La tendencia al suicidio". Madrir: Morata, p. 81-94.

- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «suicidio». Diccionario de la lengua española (23.<sup>a</sup> edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7. Consultado el 9 de febrero de 2017
- Ribes, E. (2004). Acerca de las funciones psicológicas: Un post-scriptum. *Acta Comportamentalia*, 12(2), 117-127.
- Ribes, E., y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas
- Rodrigo, M.J. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18, 113-120.
- Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona, Salvat Editores, V Ed.
- Rosales, J. C. (2010). La investigación del proceso suicida. In L. L. Eguiluz, M. H. Córdova, & J. C. Rosales, *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (pp. 81-94). México: Pax México.
- Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., & Musitu, G. (2010). Universidad de Valencia, Valencia. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M., Musitu, G. y Martínez-Ferrer, B. (2011). Ideación suicida en adolescentes: Un modelo explicativo. En Sánchez-Sosa, J.C. y Villarreal-Gonzalez, M. (Eds.) *Tópicos de Psicología de la Salud en el ámbito Universitario*. (pp. 14-34). Monterrey: UANL-CUmex.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M., Musitu, G. y Martínez-Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287. doi:10.5093/in2010v19n3a8
- Sarró, B y De la cruz, C, (1991). *Los suicidios*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Seneidman, E. (1979). "An overview: Personality, motivation, and behavior theories" en L.D. Hankoff y B. Einsidler (Edsj: *Suicide*. Littleton, MA. PSG Publishing.
- Serrano, M., y Flores, M. (2005) Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, (15)2, 221-230

- Sierra, N. (2014). Adolescencia, subjetividad y contexto socio-cultural. Argonautas, (4), 67-78. Recuperado de <http://www.argonautas.unsl.edu.ar/files/05%20SIERRA%20NORMA.pdf>
- Solomon, P; Patch, V. (1972). Manual de Psiquiatría. México: Manual Moderno
- Steele M y Doey T. (2007). Suicidal behavior in children and adolescents part 2: Treatment and prevention. Can J Psychiatry; 52 (1): 35-45
- Stengel, E. (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires: Horme.
- Taylor, (2009). Effects of marital conflicts on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 31-63.
- Tozzini, C. (1969). El suicidio. Buenos Aires, Argentina: Depalma
- UÑA, O. (1985). Sociología del suicidio. Ampliaciones epistemológicas. Psicopatología.
- Valadez, (2011). El adolescente y sus relaciones en la familia. Educar 2004;28:67-76.
- Van Renen, L. y Wild, L. (2008) Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: a pilot study. Journal of Child and Adolescent Mental Health, 20, 111- 121.
- Villalobos, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. (Tesis Doctoral. Universidad de Granada) Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Villarreal, M.A., Sánchez-Sosa, J.C. Musitu, G. y Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. Intervención psicosocial, 19(3), 253-264.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Juárez, F., Berenzon, S., López, E., Rojas, E., et al. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. La Psicología Social en México. AMEPSO, VI, 569-574.

- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43-53.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, MI., et al. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, MI., et al. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México
- Wilburn, V. y Smith, D. (2005). Stress, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40, 33-45.
- Yoder, K. y Hoyt, D. (2005). Family economic pressure and adolescent suicidal ideation. Application of the family stress model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 251-264.