



UNIVERSIDAD SALESIANA, A. C.

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**INTENTO SUICIDA EN LOS
ADOLESCENTES ESTUDIANTES Y SU
RELACIÓN CON LA FAMILIA Y EL
GRUPO DE PARES.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:**

**NANCY PÉREZ RUIZ
JAIME GABRIEL RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

ASESOR:

LIC. FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA

México D.F. 2005

Para la realización de este trabajo, agradecemos el apoyo brindado por el
CONACYT,
a través del Proyecto Número
42092-H.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría,
División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales,
a través del Proyecto Número 4316N.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente Gracias a mis Padres: Juan y Rosy, y a Oscar mi hermano, por todo el amor que me han dado, que con su apoyo, dedicación y esfuerzos, lograron que pudiera terminar mi carrera; a ellos agradezco porque me impulsan para que siga adelante, gracias por creer en mí. Los quiero mucho.

Gracias a Dios por su guía y compañía. Por mi familia, amigos y experiencias que se han presentado en mi vida.

Gabriel gracias por tu comprensión, complicidad y compañía en los momentos más importantes, difíciles y alegres. Muchísimas gracias por tu amistad y por compartir este proyecto juntos.

Gracias a la Mtra. Laura Palomino Garibay por su calidad humana, por su gran dedicación a la docencia, y por ese compromiso que adquiere con sus alumnos. Pero sobre todo por el apoyo e interés otorgado a esta investigación y a mí en lo personal.

Gracias Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velázquez del Instituto Nacional de Psiquiatría por el apoyo invaluable e incondicional, así como por las facilidades otorgadas para realizar este proyecto. Por permitirme acceder al terreno de la Investigación y tener una nueva, agradable e interesante perspectiva de ésta. Y nuevamente gracias por todos los conocimientos y experiencias que me otorgaste tanto en el ámbito profesional como en lo personal.

Gracias a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", por la oportunidad de crecimiento y formación profesional. En especial a la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú, Mtra. Ma. del Socorro Luna Ávila y la Mtra. Ma. Silvia Carreño García.

Gracias al Mtro. Francisco Juárez García por el muy valioso apoyo y por la asesoría brindada, que fue de suma importancia para lograr nuestro objetivo, así como por tu amistad y disponibilidad.

Gracias a los Lic. Ma. Teresa Pereda Barrios, Francisco Jesús Ochoa Bautista, y a Emiliano Lezama Lezama por la atención y el apoyo brindado.

A mis tíos Clemen y Alfredo por su cariño, interés y compañía, así como por lo que de ustedes he aprendido, por su amor gracias.

Verónica, gracias por tu cariño y complicidad que siempre me has demostrado, así como el apoyo incondicional que he obtenido de ti. T.Q.M.

Gracias a mis abuelos: Rafael y Juana, por su valioso cariño y apoyo que de ustedes he recibido.

A mis tíos: Valentín, Angela y Sergio gracias por todo su apoyo.

A todos mis familiares gracias, que aunque no los menciono uno a uno, los tengo presentes y los llevo en mi corazón, los quiero mucho.

A mis profesores que me han motivado y contagiado su pasión por los conocimientos, ya que gracias a ellos me permito amar y disfrutar mi profesión. A todos ustedes gracias, y en especial a: Laura Palomino Garibay, Teresa Pereda Barrios, Francisco Rodríguez Islas, Myriam Lara y a Martha Laura Jiménez.

Ana María gracias por el impulso y la motivación que siempre me has brindado, pero sobre todo por esa grandiosa amistad que hay entre nosotras.

A cada uno de mis compañeros y amigos de la carrera gracias por su compañía en las buenas y en las malas. A todos gracias por haberme acogido con los brazos abiertos cuando menos lo esperaba: Angélica, Ara, Armando, Beto, Esme, Gabo, Goretti, Gustavo, Israel, Jessica, Laura, Luz, Mariano, Mayela, Michell, Mitzi, Monse, Paola, Rocio, Sandra, Susana y Vanesa.

A mis amigos Angie, Javier, Jessica, Makú, Iván, Luisa, Raúl, Mitzi, Gustavo, Ara, Armando, Rosy, Enrique, Kena, Alicia, Maricarmen, Tere, Bety, Israel, Ismael, Juanito, Alejandro, Socorro y Silvia que con su amistad me han brindado momentos felices y de sostén en los adversos.

Germán Nava y Gloria gracias por compartir tantos años de nuestra vida juntos y estar presentes en los momentos importantes.

Gracias a cada una de las personas que han estado conmigo en el transcurso de mi vida ya que es imposible mencionar ha todas pero las llevo en mi corazón.

A la Universidad Salesiana por la calidez y hospitalidad que se percibe a través de cada una de las personas que forman parte de ella. Gracias a la familia salesiana por el trato humano que encontré en su personal, docentes, y alumnos. "Nadie llega a una Escuela Salesiana, si no es por María Auxiliadora".

Gracias a Saraby por ser mi compañera y por su cariño incondicional.

DEDICATORIAS

A mi familia con mucho amor y admiración, ya que este logro también es de ustedes.

Gabriel te dedico este nuestro trabajo, es un placer conocerte y tenerte como amigo.

Laura Palomino quiero compartir contigo este logro, gracias por estar conmigo cuando más lo he necesitado. Gracias por creer en mí, por tu amistad y por permitirme conocerte.

Le dedicó esta tesis a todos aquellos que me han motivado y apoyado.

A todos aquellos que se han encontrado en una situación de intento de suicidio, ya que por ustedes surgió este trabajo. Recuerden que siempre hay más opciones y únicamente se necesita pedir ayuda no están solos.

“¡Cuántas veces no me he visto precisado a calmar mi sangre dispuesta a enardecerse e inflamarse! No es posible que tú hayas visto nada de tan desigual, de tan inquieto como este corazón; pero ¿tengo yo necesidad de decírtelo, a ti, amigo mío, que has sufrido tantas veces al verme pasar tan a menudo, de una negra preocupación a una loca extravagancia; de una dulce melancolía al furor de una pasión?”

J. W. Goethe

DE GENTE BIEN NACIDA ES AGRADECER LOS BENEFICIOS QUE RECIBE.

“In primis” quiero reconocer y agradecer a ese TODO que nos contiene, sustenta, conforma y todo lo penetra. Ese ser del que cada uno le formamos parte, y dentro del que nos es dado el poder ir evolucionando en esta transitoria vida que con todo es muy disfrutable.

A mi Madre que significa y ocupa gran afecto en mi ser como hijo, agradezco por todo lo que me ha compartido. A mi difunto Padre con el que hasta ahora encontrando estoy algunas similitudes entre nuestras personalidades. A ustedes de quienes recibí la vida y el gusto por aprender.

A cada uno de mis hermanos: Rafa, Cristy, Tere, Ale, Chelo, Migue y Licha, con quienes crezco, compartiéndonos y acompañándonos cada uno en una forma muy particular.

A mis sobrinos, y cuñados.

A todos ustedes, mi FAMILIA, con quienes he compartido muy felices momentos y otros tantos que a simple vista no parecieron serlo. A ustedes más que a otros, muchas, muchas gracias por permitirme. ...Los amo.

Al Padre Rubén Sandoval Meneses hago una mención especial para agradecerle la ayuda brindada durante la carrera. Por su merced conocí la Universidad Salesiana. Quiero decirle que usted es una de las principales personas de las que me consta, por el ejemplo percibido, que dan a conocer que todo hombre tiene dentro de sí luz para compartir.

Con la misma calidad menciono a Nancy y a su familia, por su hospitalidad, comprensión y cariño brindado en su casa durante la elaboración de la tesis.

A mis compañeros y amigos:

De la Universidad: Ara, Armando, Angélica Marian, Beto, Chío, Elenita, Esme, Goretti, Isra, Lalo, Laura, Luis, Luz, Mariano, Maye, Michel, Mitzi, Monse, Pao, Sandi, Sus, Tavo, Vane, Yessica, Angélica, Anita, Arturo, Claudia, Claudia G, David, Erika Rocío, y Miriam. A las Señoras Alicia, Mari Carmen, Rebeca y Tere. A Bety y Kena. A todos ustedes con quienes conviví y encontré parte de su amistad en el transcurso de la carrera.

Del Servicio Social realizado en el CAPEA a Abraham Lara por su apoyo, sapiencia, comprensión, escucha, hospitalidad y gran gran! afecto. A Israel Bracamontes por la compartición de los objetivos, por la motivación, la escucha, y por la amistad que nos une; y a Nathalie Lara por la muestra de superación constante y profesionalismo como psicóloga. A ustedes porque el tratarlos es un placer.

A los que fueron mis profesores en la Universidad Salesiana: Laura Palomino Garibay, María Teresa Pereda Barios, Martha Laura Jiménez, Miriam Lara, Agustín Solís, Emiliano Lezama, Francisco Jesús Ochoa, Francisco Rodríguez Islas, y Rene Oscar Lorenzatto.

A la Universidad Salesiana y a todos los que de allí falte por mencionar, agradezco sinceramente.

A Carlos Carrera por la cara y huidiza alianza y por ser ejemplo de que los objetivos forjados en la niñez se logran prontamente con la tenaz dedicación al trabajo.

A Juan Carlos Colín Martínez por el ejemplo de humildad, y por el gusto a la lectura que es vida aprendida y disfrutada, luego entonces por las lecturas compartidas, por las que estamos realizando –de “Goethe y Cervantes”–, y por la afinidad que vislumbro perenne.

Que nadie sea menos bueno, menos sincero, menos amable, menos noble y menos inteligente, por ser mi compañero en éste viaje que es la vida.

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis principalmente a mi familia, a cada uno de ustedes por su apoyo y confianza.

A usted Padre Rubén como parte de mi agradecimiento a su generosidad.

A Nancy mi amiga, por tu esfuerzo y dedicación, por tu constante comprensión y motivación, por los desvelos compartidos y por tu compartirme en todo este tiempo de trabajo juntos -que ya creo no fue muy shalalá-.

Te dedico mi parte de trabajo y colaboración invertidos en ésta nuestra tesis, es un placer trabajar contigo, que digo trabajar si yo no lo sentí así. Gracias por permitirme participar en ésta tu idea pues gracias a ella ahora le tomo más gusto y valía a mi previo disfrute de la vida.

Te la dedico a ti, que la estas leyendo, porque la vida puede sernos más satisfactoria y voluptuosa de lo que ya nos es.

“...has de poner los ojos en quién eres, procurando conocerte a ti mismo, que es el más difícil conocimiento que pueda imaginarse”.

-D. Q. d M.-

Por la vida... todo!!!

“Si pensamos en cuantos hombres hemos visto y conocido, y reconocemos lo poco que hemos sido para ellos y lo poco que han sido para nosotros, ¿qué sentimos entonces? Hemos encontrado al ingenioso sin conversar con él, al sabio sin aprender de él, al viajero sin instruirnos en lo que ha visto, al afectuoso sin manifestarle nada agradable. Y, por desgracia, no sólo con los pasajeros sucede esto así. Las sociedades y las familias se portan de este modo con sus miembros más queridos; las ciudades, con sus más dignos vecinos; las naciones, con sus hombres más eminentes. He oído preguntar por qué se habla bien de los muertos sin recelo alguno y de los vivos siempre con cierta reserva. Fue contestado: porque de aquellos no tenemos nada que temer, y éstos todavía pueden atravesarse en nuestro camino. ¡Tan impura es la solicitud por la memoria de otros! No suele ser, en general, más que una diversión egoísta, cuando, por el contrario, sería una santa y grave ocupación mantener siempre vivas y eficaces nuestras relaciones con los que aún están con vida”.

-J. W. v G.-

Ψ

“Que cada uno tenga libertad para ocuparse de lo que le atraiga, de lo que le dé alegría, de lo que le parezca útil; pero el hombre es el verdadero tema de estudio de la humanidad”.

-Ídem.-

“NOSCE TE IPSUM” .

INTRODUCCIÓN.....	i
-------------------	---

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

1.1	Definición de adolescencia.....	1
1.2	Etapas de la adolescencia.....	10
1.2.1	Adolescencia temprana.....	10
1.2.2	Adolescencia intermedia.....	13
1.2.3	Adolescencia tardía.....	14
1.3	Cambios físicos.....	15
1.4	Cambios psicológicos.....	21
1.4.1	Duelos de la adolescencia... ..	23
1.4.1.1	Duelo por el cuerpo infantil.....	25
1.4.1.2	Duelo por la identidad y por el rol infantil.....	25
1.4.1.3	Duelo por los padres de la infancia.....	26
1.5	Adolescencia normal.....	27
1.6	Problemas de la adolescencia.....	33

CAPITULO 2

INTENTO SUICIDA

2.1	Antecedentes históricos.....	39
2.2	Definición de suicidio.....	42
2.3	Diferentes enfoques acerca del suicidio.....	43
2.3.1	Enfoque psicológico.....	44
2.3.2	Enfoque psicoanalítico.....	45
2.3.3	Enfoque sociológico.....	49

2.4	Tipos de suicidio.....	49
2.5	Diferentes tipos de comportamiento suicida.....	51
2.5.1	Ideación suicida.....	52
2.5.2	Intento suicida.....	53
2.5.3	Conducta suicida.....	55
2.5.4	Parasuicidio.....	56
2.6	Panorama epidemiológico del comportamiento suicida.	57

CAPITULO 3

RELACIONES INTERPERSONALES

3.1	Relaciones interpersonales en los adolescentes	66
3.2	Importancia de la familia	69
3.3	La familia y el adolescente	71
3.3.1	Cambios en las relaciones familiares	74
3.4	El adolescente y su grupo de pares.	76
3.4.1	Cambios en las relaciones, en las amistades y la vida social	85
3.5	El adolescente y la escuela.....	85
3.6	El adolescente y el trabajo.....	87

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

4.1	Planteamiento del problema.....	89
4.2	Objetivos generales.....	89
4.3	Objetivos específicos.....	90
4.4	Hipótesis conceptual.....	90
4.5	Hipótesis estadística.....	91
4.6	Definición conceptual de las variables.....	91

4.7	Definición operacional de las variables	92
4.8	Población y muestra.....	94
4.9	Instrumento.....	95
4.10	Procedimiento.....	100
4.11	Análisis de resultados.....	101

CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1	Prevalencia del intento suicida por características sociodemográficas.....	102
5.2	Intención, motivo y método del intento suicida en los adolescentes.....	105
5.3	Ambiente familiar y grupo de pares, y su relación con el intento suicida.....	108

CONCLUSIONES.....	111
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	120
--------------------------	------------

ANEXO.....	132
-------------------	------------

INTRODUCCIÓN

El suicidio como problema social¹ es un fenómeno que se ha encontrado presente en todas las culturas y épocas, presentándose con mayor incidencia entre los adolescentes, desafortunadamente este problema se ha mantenido y en la actualidad se ha ido incrementando. La actitud y las creencias en torno al suicidio y la conducta suicida varían de un grupo a otro, dependiendo de las condiciones históricas, socioculturales, filosóficas y religiosas que imperan en cada época y cultura. El estudio del suicidio en los adolescentes estará en función y dependerá de las condiciones antes mencionadas resultando importante conocer qué de estas condiciones interfieren para que el suicidio y/o intento suicida se presente la mayoría de las veces en los adolescentes.

Actualmente se encuentran diversas definiciones para el acto suicida, éstas varían en uno o en otro punto, por ejemplo: en la orientación psicológica propiamente dicha se ofrecen diferentes concepciones de la conducta suicida que sitúa las variables psicológicas (expresadas a través de rasgos y/o estados de depresión, impulsividad y conductas agresivas) como las principales causas explicativas de la autodestrucción. Desde un enfoque psicoanalítico la perspectiva teórica del suicidio no sólo se puede explicar por el acto en sí, sino que constituye la suma de una serie de aspectos, como lo son las motivaciones internas, conscientes e inconscientes, y los factores externos como la influencia social y las relaciones interpersonales. Dentro del enfoque social Émile Durkheim (1951) comenta: "... Si los hombres ceden más en nuestras sociedades modernas a la tentación de abandonar la vida, es porque los lazos que los unen a las sociedades se han distendido". Básicamente éstas son las corrientes que más bases aportan para la comprensión del tema, y podemos observar notoria coincidencia entre casi todos los autores de que el suicidio no es solamente un acto aislado, sino que

¹ Émile Durkheim (1897) considera al suicidio como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración.

previamente se presentan una serie de conductas suicidas, posibles de llevar al individuo a terminar con su propia vida.

Resulta comprensible reconocer que toda edad tiene su problemática; el conflicto en la adolescencia es el resultado de contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes a ella y la posibilidad que la cultura brinda en un momento dado para satisfacerlos. Cuando la cultura y la biología entran en contradicción el terreno se vuelve propicio y fértil para el conflicto, la problemática y la patología. (Citado en Matus Calzadillas, 1990). La adolescencia es una etapa en la que convergen muchos cambios y reestructuraciones de la personalidad, esta última estará integrada por las características físicas, emotivas, sexuales y mentales, que a su vez están expuestas a configuraciones naturales, culturales, religiosas, políticas, familiares y sociales.

En la presente investigación se considerará conjuntamente el valor de las relaciones interpersonales de los adolescentes en lo que compete a su familia y grupo de pares, puesto que la calidad y los cambios que ocurren en éstas relaciones podrían repercutir en conductas antisociales y autoagresivas. Por otro lado, también se considerarán las relaciones que se dan en su socialización dentro de la escuela y/o ámbito de trabajo.

La conducta suicida adolescente, no sólo incluye los suicidios consumados, también forma parte de ésta el parasuicidio, el cual engloba distintas instancias, entre ellas el intento y la ideación suicida. Entre los principales factores de riesgo a nivel individual se encuentran: la depresión, la impulsividad y conductas agresivas. No obstante, la forma en cómo influye la familia y el grupo de pares pueden ser factores que contribuyen a aumentar el riesgo de estas conductas.

Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman (1995), enfatizan que el suicidio en los jóvenes se encuentra entre las primeras causas de muerte en los países que mantienen su registro estadístico, aún reconociendo el subregistro debido a

dificultades legales y morales que conlleva el acto suicida. En diversos países se observa una tendencia epidemiológica ascendente, considerándosele ya como un problema relevante de salud pública (Gunnell, 2000., citado en González-Forteza, Villatoro y cols., 2002), México no es la excepción, y más aún, cuando el suicidio no es una causa natural de muerte, pues es entendida como una muerte prematura (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996). Los perfiles epidemiológicos en nuestro país muestran que los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida.

El INEGI (1999) reporta que la mayor proporción de suicidios consumados se identificó en la población de 15 a 24 años, este dato es importante para considerar que el estudio del intento suicida sea pertinente en las poblaciones aún más jóvenes, dado que uno de los mejores predictores del suicidio consumado es haberlo intentado anteriormente (Wichstrom, 2000 ídem). Ante la necesidad de contar con registros sistemáticos y periódicos para dar cuenta de la magnitud de la problemática suicida en la población estudiantil, el Instituto Nacional de Psiquiatría con la colaboración de la Secretaría de Educación Pública –SEP- ha llevado a cabo varias investigaciones, incorporando indicadores de esta problemática en las encuestas de 1997 y 2000 (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002., en citado en González-Forteza, Villatoro y cols., 2002).

Los datos obtenidos para esta investigación provienen de la *Encuesta sobre consumo de drogas en la población de enseñanza media y media superior medición otoño 2003, D.F.*, (proyecto 42092-H financiado por CONACYT), realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatra “Ramón de la Fuente Muñiz” y coordinada por el Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velázquez, quien nos brindó su interés y apoyo para aplicar nuestras hipótesis de trabajo a estos.

El presente trabajo tiene como objetivos el analizar la prevalencia del intento suicida en los adolescentes estudiantes; analizar la intención, motivo y métodos empleados en el intento suicida; así como describir el intento suicida y su

vinculación con las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

1.1 Definición de adolescencia

La adolescencia, tema de gran interés desde tiempos remotos por ser considerada una etapa de turbulencia e inestabilidad, no fue investigada científicamente, sino hasta fines del siglo pasado, cuando se convirtió en tema de investigación por sí misma; el interés surgido del estudio de la adolescencia como etapa del desarrollo del individuo ha ido evolucionando a partir de las obras escritas y basadas en las aportaciones que datan desde la época de los grandes filósofos. (Derflinger, 1991).

Platón² ya se preocupaba por la educación de la juventud y destacaba lo modificable de sus actitudes. Aristóteles³, legó numerosos escritos acerca del “carácter apasionado e irascible” de los adolescentes, así como de sus posturas extremas y paradójicas.

Posteriormente algunos autores empezaron a concebir a la adolescencia como un período humano, hasta que surgieron los valiosos aportes de Hall en 1904, quien estableció una psicología de la adolescencia empleando métodos científicos; recopiló datos basados en vivencias de sujetos, cuyo desarrollo procedía de la infancia y antecedió a la adultez.

² Vid, “Diálogos de Platón”. (1988). 1ª reimpresión SEP., Ed. Universidad Nacional de México (principalmente los contenidos en sus obras de transición, diálogos de la madurez y obras de vejez). Escritos infundidos por Sócrates cuando éste dialogaba con los jóvenes atenienses.

³ Vid, Aristóteles (1945). “Ética a Nicomaco” (dos libros, obra dedicada a su hijo). Traducción de Patricio de Azcarate., 2ª Ed. Buenos Aires: Espasa-Calpe.

Así, Hall y Freud, interpretaron la adolescencia como un periodo de Sturm y Drang⁴, partiendo del supuesto aristotélico de que las pasiones del mundo externo pueden impedir que determinado individuo alcance la madurez.

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano, esta etapa abarca por lo general el periodo de 12 a 22 años, que separa lo sucedido en el mundo infantil y brinda a los menores un horizonte de posibilidades existenciales que podrán hacer suyas, si la familia los guía y apoya para alcanzar poco a poco y con voluntad la responsabilidad de su existencia. En este periodo crítico se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto.

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia. Este es un proceso de transición determinado por cuatro factores: la vida familiar, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que van por la experiencia de ser adolescente (momento socio-histórico).

Literalmente, la palabra adolescencia deriva de la lengua latina: *ad-a*, hacia más; *olescere*: forma incoactiva- de oler, crecer. Significa la condición o proceso de crecer. El término se aplica específicamente al periodo de la vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo, cuyos límites se fijan entre los 13 y los 23 años (Aberastury, 1997, p. 158). La palabra pubertad, proviene del

⁴ Borrasca e ímpetu respectivamente. Considerando el primero como tempestad fuerte o contratiempo que se padece en alguien, y el segundo como un movimiento acelerado y violento.

latín *pubertas* de púber; adulto, que significa “edad viril”, capacidad de engendrar (ídem, p. 159). La pubertad, se refiere al conjunto muy complejo de fenómenos con rápido crecimiento del cuerpo, cambios hormonales, aparición de características primarias y secundarias del sexo; es la manifestación física de la maduración sexual (crecimiento de vello púbico, en varones cambio de voz y ensanchamiento de espalda, en mujeres menarquía y crecimiento de senos, etc.). La adolescencia se refiere a los procesos y reacciones psicológicas de adaptación a estos cambios propios de la pubertad (Schock, 1946).

Blos (1981, p. 16), destacó la importancia de las dimensiones física y psicológica, dadas las transformaciones de la personalidad en la pubertad. “El suceso biológico de la pubertad, produce un nuevo impulso y una nueva organización del yo”, cuya integración dependerá de la primera década de la vida, la complejidad de la adolescencia está construida sobre sus antecedentes específicos, los cuales residen en la niñez temprana. Así también, define a la adolescencia como “la suma total de los intentos por ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo”.

Erikson (1956), por su parte considera la adolescencia como un esfuerzo de integración donde el sujeto debe reevaluarse a sí mismo, buscando aprobación. Visualiza esta etapa no como una aflicción, sino como una “crisis normativa”, fase normal del conflicto acentuado dentro del crecimiento.

Knobel (1973), la definió como “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil” (citado en Aberastury, 1997, p. 40).

Josselyn (1979), apuntó que “la adolescencia abarca un vasto periodo de acelerado crecimiento físico y psicológico, cuyo comienzo puede ser determinado mediante la observación de cambios físicos; psicológicamente, termina con el establecimiento de normas relativamente coherentes para encarar los conflictos interiores y las exigencias de la realidad con que se enfrenta el individuo físicamente maduro”.

Desde la visión psicoanalítica la adolescencia es un momento de crisis en el desarrollo del ser humano, dado que el crecimiento y maduración fisiológica rápidos suelen ir acompañados de estabilidad conductual y turbulencia emocional por la reactivación de conflictos preedípicos entre otros impulsos. La energía del adolescente se centrará pues, en adecuar tales necesidades físicas y psíquicas para lograr una interacción total.

El adolescente se centra en su medio familiar, escolar y social en donde le exigen demandas ante lo que aún no se encuentra preparado, es entonces cuando viene un gran descubrimiento: el crecimiento implica una gran lucha entre su propio ser y el deber ser para ser aceptado socialmente. Por todo este cuadro propio del adolescente, la sociedad suele ubicarlo dentro de las “personalidades marginales”; sin embargo, Anna Freud (1985), considera a toda conmoción de este período de la vida como “síndrome normal” dado que los “síntomas” y características de la etapa son “normales” por su naturaleza transitoria.

Dentro de las características o “sintomatología” propia de la adolescencia predomina la turbulencia o inestabilidad en todas las esferas de su vida, debido a la ambivalencia que existe en el pensamiento y conducta del adolescente, ama y odia a sus padres, se rebela y se somete, desea independencia y anhela sentirse dependiente y seguro, esto se presenta principalmente porque el adolescente con frecuencia, siente y actúa como niño, necesita que se le trate como adulto, pero siempre existen temores ante una situación tan incierta y por demás desconocida. Estos temores, aunados a un “ello relativamente fuerte confrontado a un yo

relativamente débil” (Anna Freud, 1985), hacen al adolescente requerir de medidas externas para prevenir la desintegración, lo cual le consume enormes cantidades de energía psicológica, reduciéndose así los procesos adaptativos temporalmente, y causándole inestabilidad, irritabilidad y turbulencia inevitable.

Las constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo, se deben, en parte, al lugar preponderante de la ansiedad ligada a crisis emocionales y existenciales de la más diversa índole, dependiendo de la personalidad, interés, medio ambiente familiar y cultural del sujeto. Puede existir pasividad o actividad exagerada por el empobrecimiento del yo, que intenta salvaguardar los elementos del funcionamiento mental dentro del contacto con la realidad, mediar entre impulsos y el mundo externo, de ahí las oscilaciones, regresiones y estancamientos, entre otros aspectos. Las contradicciones típicas del adolescente se deben principalmente, a la personalidad de éste: esponjosa, permeable, recibe y proyecta constantemente, y en ese ir y venir cambia de opinión rápidamente, sin considerar la que defendía hasta hace un momento y ahora ataca, se contradice muchas veces, y cuando se le hace notar se enfurece y muestra explosiones de cólera o bien se ríe desenfrenadamente, siendo esto mismo contradictorio *per se*.

Aunado a esto, la marcada preocupación por su apariencia ante los ojos de los demás y su sentido de sí mismo, lo llevan a cuestionarse ¿Quién soy yo? ¿Para qué sirvo? ¿A dónde voy?, y para ello adopta posturas extremas, o se aísla y retrae exageradamente, o se acerca demasiado al grupo de pares para sentirse seguro y valioso.

Tiene que establecer su identidad (mismidad y continuidad), integrando lo pasado y aceptando lo presente, vislumbrando el futuro, para lograr una continuidad en su ser a lo largo del tiempo; pero este proceso, no es nada sencillo, pues al no saber quién es él, manifiesta un choque constante con los padres, les demanda y exige libertad de actuación, autonomía, y cuando al fin las logran, se convierten en sentimientos de abandono para el adolescente; esto, aunado a los

cambios físicos tan acelerados para poder adaptarse de la noche a la mañana, origina rebeldía, negativismo, desconfianza, incompreensión, falta de espontaneidad, imágenes cambiantes de sí mismo, temor al ridículo, exagerada conciencia de sí mismo en cuanto a lo físico, pero descuido en su apariencia personal, lo cual acarrea aún más inseguridad con actitudes egocéntricas y exhibicionistas, como conductas compensatorias que lo hagan sentir digno de valor y estimación frente a sí mismo y frente a los demás.

Friedenberg (1959), destacó el cuestionamiento que el adolescente se hace a sí mismo como medio “para llegar a saberse quién es y qué va a hacer” (Grinder, 1982, p. 21).

Tenemos entonces la importancia de la identidad. Aberastury (1997) planteó: “existe una circunstancia especial, que es la característica propia del proceso adolescente en sí, una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez” (Aberastury, 1997, p. 39).

Erikson (1968), expresó que el adolescente debe desarrollar una conciencia de sí mismo consistente, una identidad e individualidad coherente e integral del concepto de sí mismo, que consiste de autoimágenes, valores, actitudes y pensamientos.

“un óptimo sentido de identidad... es experimentarse meramente como un sentido psicológico de bienestar. Sus más obvias connotaciones son un sentido de bienestar en el hogar, en el cuerpo de uno, un sentimiento de ‘conocer a dónde va uno’ y una garantía de reconocer anticipadamente de aquello con quien uno cuenta”, (Adams, 1976. p. 160).

Marcia (1993) destacó cuatro estatutos de identidad básicos en este proceso:

1. Logros, el adolescente resuelve exitosamente sus crisis.
2. Cierre de identidad, donde no se resuelven crisis y se asumen las elecciones parentales.
3. Moratoria psicosocial, periodo durante el que se experimentan roles, aceptan transformaciones y se prueban metas, es una etapa de pruebas y ensayos más que de avances.
4. Difusión de identidad, donde escasean logros y predominan fracasos por no comprometerse con nada.

El adolescente llega a los extremos cuando hay confusión ideológica o marginalidad de identidad, pudiéndose presentar delincuencia, autodestrucción y conductas negativas, la mayoría de las veces transitorias.

Otro aspecto que puede considerarse “sintomático” es la identidad negativa si predomina un componente agresivo destructivo, con identificación a figuras negativas, siendo pues, una base al problema de pandillas, grupos homosexuales, adictos a drogas, etc. Para que el adolescente se convierta en un adulto confiado de sí mismo, su autoestima debe avanzar al ritmo de su creciente identidad.

Muy relacionado con este proceso de búsqueda de identidad, se tiene la tan particular desubicación temporal, el adolescente suele convertir el tiempo en presente y activo, característico del proceso primario, donde las urgencias son enormes y las postergaciones irracionales; no admitiendo demoras en satisfactores ni tolerancia a la frustración, desea dominar al mundo pues aún no ha logrado integrar los vínculos espaciales⁵ y temporales⁶ característicos de la identidad como tal.

⁵ *Vid*, partes del self, de lo que él considera como su si mismo. Macmurray, J. W. (1953)., *The self as agent*, Londres, Faber & Faber., pp. 87-91.

⁶ *Ídem*, continuidad y mismidad.

Cabe mencionar que se deben considerar dos aspectos adicionales; dar mayor importancia al grupo de pares cuyo fin, entre otros, es lograr la separación progresiva de los padres, obteniendo a cambio de la relación con éstos, uniformidad, seguridad y estima personal; sin embargo, es frecuente hallar tendencias antisociales entre otras cosas, como intentos de afirmación de sí mismos y el deseo de ser alguien, lo cual se ve favorecido porque “el adolescente mexicano tiende a sentirse el único, el diferente” (Patiño, 1980, p. 202). Este aspecto se refiere a la imperiosa necesidad de intelectualizar y fantasear como mecanismos defensivos para compensar las pérdidas ocurridas dentro del adolescente, aunado a las típicas crisis religiosas que pueden ir del ateísmo al misticismo más fervoroso, principalmente por la preocupación metafísica en un intento por solucionar la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificación positiva y del enfrentamiento de la muerte definitiva de parte de su yo corporal.

Todo lo anterior, es clásico de este estadio y no evidencia enfermedad alguna en el adolescente, pues representa la imagen externa de un mundo interno en constante lucha por encontrarse a sí mismo distinguiéndose de los demás y hallar un lugar en el mundo al que siente hostil y ajeno a su compleja problemática.

Para poder “superar” este “síndrome normal” de la adolescencia, se hace necesaria la elaboración de los tres duelos fundamentales a los que hace referencia Aberastury (1997). El primero de ellos, es el duelo por el cuerpo infantil perdido; las modificaciones biológicas del adolescente lo hacen sentirse pasivo, impotente, confundido, se le hace necesaria una reestructuración en el nuevo yo corporal y en su identidad. El segundo, es el duelo por la identidad y por el rol infantil; el desprenderse de su mundo infantil donde vivía cómoda y placenteramente en dependencia, con necesidades satisfechas y roles bien establecidos, lo lleva a una gran estabilidad, lo cual puede ir elaborándose al girar al grupo de pares junto con las relaciones que éste presupone. El tercero es el duelo por los padres de la infancia; el romper comunicación con ellos es un

proceso doloroso pero necesario, tal pérdida se verá compensada con el grupo de pares en el que el adolescente quede inserto.

Por otro lado, es menester cubrir una serie de aspectos para lograr “pasar” esta etapa tan desconcertante y complicada tanto para el adolescente como para todas aquellas personas que le rodean. Este periodo tan difícil para la persona en desarrollo, lleva implícita la necesidad de lograr ciertas tareas, objetivos o metas, imprescindibles para que el adolescente quede por fin inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida.

No existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichas metas, pues cada individuo es único y particular en cuanto a su nivel y pautas de desarrollo, no obstante, es un hecho que debe cubrir toda una serie de metas y propósitos. Una tarea primordial es adaptarse a un físico que está cambiando rápidamente y usar con eficacia el cuerpo, esto irá implicando el logro de un papel social masculino o femenino.

Los adolescentes precisan lograr la independencia, separación y autonomía respecto a sus padres o figuras sustitutivas, para lo cual deben ir adquiriendo aptitudes sociales, establecer relaciones nuevas y maduras con su grupo de pares de ambos sexos. Esta independencia abarca el ámbito emocional, no sólo físico, ya que la presencia de los padres empieza a hacerse innecesaria porque están internalizados y es entonces el momento de iniciar el proceso de individualización.

Al preguntarse ¿Quién soy? el adolescente solidifica y prueba su autoconcepto e identidad. De este proceso, surge otro objetivo, alcanzar un sentido de sí mismo como persona que tiene su propio valor, reforzando su capacidad para desarrollar habilidades académicas y vocacionales necesarias, así como la primera noción de compromiso. El lograr estas metas va preparando el

terreno para el matrimonio. La vida familiar, la adquisición de valores y sistemas éticos como guías de conducta del futuro adulto.

No debe menospreciarse el hecho de que algunos adolescentes , también cuentan con actitudes y conductas positivas, por ejemplo, son capaces de sacrificios para defender sus deseos, se comprometen con su época fervorosamente, se entregan, actúan y luchan por aquello que consideran justo; su preocupación existencial por problemas actuales ya sean políticos, religiosos, económicos, de solidaridad, debería fomentarse para crear un nuevo mundo aunque suela ser utópico en muchos sentidos; no obstante, lo valioso radica justamente en la visión y apasionamiento con que tratan de salir adelante y ¿por qué no? enseñarnos nuevas pautas de vida, al fin y al cabo, son el futuro del mundo.

1.2 Etapas de la adolescencia

1. Adolescencia temprana 10 – 13 años
2. Adolescencia intermedia 14 – 16 años
3. Adolescencia tardía 17 años en adelante

1.2.1 Adolescencia temprana.

Es donde se inician los cambios físicos, corporales, éstos cambios marcan el inicio de la adolescencia, uno de ellos es el crecimiento de la talla, con las consecuentes repercusiones psicológicas en el individuo, manifestando en su conducta datos de inadaptación al cambio de la infancia a la adolescencia, conservan muchos rasgos de la infancia que le provoca conflicto interno, se les despierta un deseo ambivalente, por un lado el temor al cambio, a perder las características y privilegios hasta ese momento poseídos y a los que estaban acostumbrados y, por otro lado, las ganas de cambiar, de “ser grande” de dejar de ser niño.

Simultáneamente se empiezan a dar los cambios psíquicos -como consecuencia de los cambios físicos- principalmente como fenómeno de maduración psicológica propia de la adolescencia. Cada quién le da relevancia a sus gustos, a sus intereses, a lo que conoce, a lo que respeta, a sus preocupaciones etc., sin restarle importancia a los otros aspectos del individuo; definitivamente lo más importante en esta etapa es que el adolescente pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, aumentando considerablemente su inteligencia. Se cuestiona y cuestiona todo, entra al terreno de los “posibles”, ya no acepta la imposición del criterio adulto, ahora las ve como opiniones, trata de crear sus propios criterios y hace la diferencia entre las opiniones de los demás y la suya, lo cual le ayuda a ir estableciendo su personalidad.

Hay cambios secundarios a la preocupación por los cambios bruscos en su cuerpo, la talla, la gordura, aspecto, desproporción de los segmentos corporales, menarquía, los caracteres sexuales secundarios, etc., que le van a dificultar los procesos de identidad que se dan en la adolescencia, desencadenando conflictos en la *adaptación-desadaptación, aceptación-rechazo, dependencia-independencia*, causándole alteraciones emocionales como depresión y angustia, que indudablemente van a influir o a determinar su conducta (posible aislamiento).

Los cambios en la conducta en esta edad, hacen de ésta “la edad difícil”, a lo que se llama “crisis de entrada en la adolescencia”, pues además de los factores anteriores a veces se agregan otros como es la coincidencia en nuestro sistema de enseñanza, el paso de primaria a secundaria implica cambios ambientales, de escuela, de maestros, de compañeros, de sistema educativo, de responsabilidad, etc. El adolescente se torna ambivalente, contradictorio, impredecible, agresivo o cariñoso en exceso, retraído-hosco, sensible, voluble, rebelde (a veces no es sino actitud defensiva), temeroso al ridículo, pero al mismo tiempo se viste y se piensa de manera extravagante, como actitud reactiva y rebelde, debido a factores de “moda” y de aceptación e identificación. Quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado

por los adolescentes, pues tiene una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante de su evolución.

Dentro de la conducta social del adolescente, lo más influyente es la inseguridad del adulto por la dificultad de controlarlo como antes, el temor frente a las constantes mutaciones del adolescente, la edad de los padres, a lo cual pocas veces se le da el valor que amerita y el hecho de que en nuestra sociedad la edad promedio para iniciar la formación de una familia es entre los 22-25 años. Cuando los hijos (el mayor) está en plena adolescencia, el padre tendrá 37-40 años, se piensa en su vitalidad, en su energía, en su disposición por el ritmo de vida que lleva por los compromisos económicos, laborales, sociales, el cansancio, la tensión, lo cual diluye su presencia, junto con otros factores como es el retorno paulatino al matriarcado, anula al padre y lo lleva al fracaso de la autoridad paterna. La conflictiva y la dificultad en la integridad familiar generada por la situación económica, empuja a la pareja a la necesidad de trabajar para contribuir en el aporte al gasto familiar, esto significa una disminución en las posibilidades de presencia moral de los padres, lo que puede traer graves consecuencias en la conducta del adolescente.

Debajo de ese ímpetu, fuerza, aparente seguridad y rechazo al adulto, el adolescente necesita del apoyo de éste, de su autoridad que le ayudará a ir estructurando su personalidad y a superar el miedo a enfrentarse al cambio, de lo contrario puede tender a inadaptaciones sociales, con confusión de roles y dificultad en el proceso de identidad psicosexual.

La escuela en esta etapa es un elemento de ayuda para equilibrar la balanza, aquí se coincide frecuentemente con un cambio de nivel escolar, el paso de la secundaria a la preparatoria, que psicológicamente el adolescente maneja como la superación, la terminación de cualquier contacto con la infancia, es cuando siente que definitivamente dejó de ser niño, este cambio propicia el terreno para las relaciones grupales, canaliza positivamente sus inquietudes, lo encausa

al deporte y le permite asumir “actitudes o posiciones interesantes”, aunque muchas veces no están conscientes de la enorme responsabilidad que tienen y asumen actitudes equivocadas.

1.2.2 Adolescencia intermedia

En forma insensible e imperceptible viene la adolescencia intermedia, dentro de la cual se puede considerar al “Adolescente clásico”. Continúan prácticamente el desarrollo de los caracteres sexuales primarios, hasta alcanzar las características de los genitales adultos. Los caracteres sexuales secundarios se hacen evidentes conforme avanza la adolescencia: en la mujer se acumula el tejido adiposo en las caderas, en las piernas, y se desarrolla el vello púbico; respecto al hombre se desarrolla el ensanchamiento de la espalda, así como los músculos respectivos, hay cambios endocrinos y anatómicos en la laringe con lo cual el tono de voz se vuelve más grave.

En esta etapa se inicia la preocupación por los defectos físicos, por los problemas cutáneos, pues se inicia la atracción por el sexo opuesto, aunque con temor o timidez, que cubren y los empuja a relacionarse en forma grupal; las poluciones nocturnas y la masturbación son otros factores también preocupantes y angustiantes.

Continua el proceso de identificación, dificultado anteriormente por los adultos, pues les es difícil asimilar a éstos la idea de dejar de ser los ídolos, y el que el hijo los cambie al cambiar su objeto de amor, del padre al de un amigo, lo cual es otro factor de necesidad para ser aceptado e integrarse a un grupo, al mismo tiempo se acentúa la crisis en la afectividad, en la que no permite tonos intermedios, la agresividad, la cólera, el amor excesivo; siendo la hiperemotividad-hipomotividad, un factor generador de angustia y de conflicto.

En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, de “disfrute”, algunos autores llaman a éste período los “bellos años de la adolescencia”, en éste el adolescente tiene cierta conciencia de su potencial, incluso exagerado, por la vitalidad de esta etapa “cree poder comerse al mundo”, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, pandillas y resuelve parcialmente el rechazo del adulto.

1.2.3 Adolescencia tardía

En esta tercera etapa el adolescente mayor tiene las siguientes características: disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; en la estatura se modifica la prevalencia que tenía la mujer sobre el hombre, se invierte, no sólo la talla, sino también el peso, termina la maduración ósea.

Los órganos genitales alcanzan las características del adulto, en forma y talla, aparece el bigote, seguido de la barba (factores raciales), en la mujer, la vulva alcanza la orientación adulta (hacia abajo), el clítoris aumenta de tamaño y se hace eréctil, alcanzan la madurez los senos.

Estos cambios le van dando seguridad, le ayudan a superar su crisis de identidad, no solo psicosexual, sino también de personalidad, empieza a tener más control de sus sentimientos, tiene más independencia y autonomía, lo que influye para que cambie su relación y despierte o acentúe la atracción por el sexo opuesto, supere sus temores a las relaciones heterosexuales y de una vida social de grupo, tiende a una relación de pareja. Primero en grupo es cuando “nace el amor”, sin olvidar que es frecuente la producción de dramas, resultantes del desfase entre las mujeres que terminan primero su adolescencia y los hombres que apenas la están terminando, pues toman de diferente manera la relación, ellas más en serio y ellos como un pasatiempo agradable.

Existe también un cierto grado de angustia, al empezar a sentir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aún cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas.

1.3 Cambios físicos

El comienzo de la adolescencia, se sitúa con el advenimiento de la pubertad, como se señaló previamente, Hall reconoció la importancia de la adolescencia en el desarrollo psicológico; el considerar esta noción, indica que es el inicio de los cambios fisiológicos (aspectos y transformaciones corporales con la maduración sexual del organismo), que acarrear trastornos psicológicos transitorios en la mayor parte de la población adolescente. Estos trastornos no se debe considerar como algo alarmante, dada su transitoriedad, pues el adolescente debe adaptarse e integrar dichos cambios dentro de su contexto como etapa evolutiva y de desarrollo, mediante la elaboración de duelos indispensables como en todo radical. Los cambios psíquicos son consecuencia natural de las transformaciones físicas y fisiológicas; así la adolescencia es un nuevo renacimiento de rasgos del cuerpo y sus cualidades en general.

Los cambios físicos y trastornos que le acompañan son importantes por muchas razones: colocan al adolescente en una situación en que experimentan 'algo' físico antes no experimentado. "Los cambios implican la búsqueda de una nueva identidad que sólo se logra cuando el adolescente acepta sus aspectos de niño y adulto y sus cambios corporales", (Aberastury, 1997, p. 16).

Entre los trastornos de la adolescencia, destacados por Anna Freud (1958), se encuentran con frecuencia, verdaderos síntomas hipocondríacos, predomina un conocimiento exagerado de la propia sensación corporal, pues la libido catectiza las represiones de partes corporales. Así mismo, la presencia de acné, desarrollo

de percepciones del cuerpo, desarrollo de características sexuales secundarias, torpeza predominante en esta etapa por fallas en la coordinación motora hasta integrar el tamaño de las extremidades y la imagen de ellas, pueden ser base de problemas psicológicos relacionados con el concepto del yo físico del individuo.

La imagen corporal es esencial por sus implicaciones dentro del desarrollo físico; su introducción en el psicoanálisis se debe a Schilder en 1927, año a partir del cual surgieron diversas definiciones al respecto. La imagen corporal es “la representación central de las partes del cuerpo como todo” (Cameron, 1982, p. 208). “Es la representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo integrado por sensaciones” (Grinberg, 1980, p. 45). Pierón definió como “representación que cada una hace de su cuerpo y que le sirve de punto de referencia en el espacio, fundada en datos sensoriales múltiples propioceptivos y exteroceptivos” (Rocheblave, 1980, p. 36).

En el adolescente, la imagen del propio cuerpo es modificada por cómo él cree que es visto por los otros; esto es importante por ser éste el criterio que más le significa para percibirse a sí mismo. La imagen del yo físico pues, participa en las representaciones de la imagen del yo, papeles sociales y opinión que el individuo se formula sobre sí mismo y sobre los demás, ya que su base radica en las normas culturales y en las interpretaciones de dichas normas que son aceptadas por el grupo de pares.

Cuando es niño el individuo está consciente de su cuerpo, tamaño, habilidades, deficiencias y sexo, pero “con la maduración de los genitales y la aparición de características sexuales secundarias en la pubertad, la concepción del cuerpo se revoluciona y la imagen es revisada radicalmente” (Blos, 1981, p. 282). Este cambio está acompañado por lo regular de sentimientos temporales de despersonalización, es decir, el adolescente confunde entre los límites corporales y los objetos, hay alteraciones del self mental y corporal. “Un camino en la autoimagen empieza y una revolución del ser a la luz de nuevos poderes y

sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio en el estado físico”.

Todas las concepciones remiten al esquema corporal, como la imagen percibida de sí mismo y que va más allá del cuerpo, abarcando ropa, carro, relaciones sociales, etc. Así como el niño primero individualiza las partes del cuerpo sin integrar y luego las integra en un conjunto, asimismo, el adolescente después del caos debe reintegrar las partes de su propio cuerpo en un contexto estable. Si el adolescente no lo logra, predominará la inseguridad por un cuerpo familiar perdido, los miedos y nuevas sensaciones, dicho cuerpo se convierte en símbolo, se invierten sensaciones de seguridad, valor y competencia (Maddock, 1973).

La conducta dependerá de la historia propia del sujeto y del medio ambiente en donde el adolescente crece para que el proceso de transformar un evento biológico en una experiencia psicosocial sea adecuada, es decir, las expectativas de sí mismo y las valoraciones realizadas por otros deben coincidir y llegar a formar un concepto de sí mismo y una identificación integral y coherente.

Schonfeld (1963) subrayó la importancia de la interacción social en la imagen corporal por ser producto de experiencias reales y fantasiosas provenientes de su desarrollo físico, de la relevancia que los compañeros dan a los atributos físicos y expectativas culturales.

Grinder (1960), sostuvo que de las experiencias de los otros y de su valor, el adolescente infiere un concepto de su propia importancia y status ante los demás. La imagen obtenida del propio cuerpo es producto del aprecio ante el propio desarrollo físico, de la estima proporcionada por los pares respecto a las cualidades físicas y de cómo perciben éstos los estándares de la sociedad.

Es menester considerar la preocupación del propio atractivo físico y cuerpo en general, así como los niveles de desarrollo; el patrón de desarrollo y crecimiento no es uniforme en todo el cuerpo ni coincide con la edad cronológica entre unos y otros adolescentes. Existen aceleraciones y retardos que producen una distribución desigual en todo el organismo, lo cual requiere adaptación física y mental, pues los brotes de crecimiento, suelen ir acompañados por estados emocionales. “La maduración precoz, retrasada o asimétrica, puede introducir perturbaciones severas en la imagen corporal” (Blos,1981, p. 23).

Son numerosos los estudios que se han realizado al respecto. Frazier y Lisonbes (1950), investigaron una población de adolescentes desarrollados prematura y tardíamente, concluyendo que esta situación influye en su autoestima. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer autoconcepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía (Maussen y Jones, 1958).

En una investigación (Frazier y Lisonbes ,1950 Arnhoff y Damianopoulos, 1962; Kurtz, 1969), preguntaron a los adolescentes si deseaban modificar ciertas partes corporales; respondieron afirmativamente, ellos deseaban músculos bien desarrollados y proporciones ideales; ellas, ser esbeltas y proporciones ideales. Gran porcentaje de los adolescentes reportaron percibirse distorsiones físicas, esto da muestra de su enorme preocupación. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste físico y psicológico.

La palabra “adolescencia” deriva de la voz latina *adolescere* que significa “crecer” o “desarrollarse hacia la madurez”. Psicológicamente, es una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.

“Pubertad” y “pubescencia” son palabras que se derivan de las voces latinas *pubertas*, “la edad viril”, y *pubescere*, “cubrirse de pelo”, “llegar a la pubertad”. Ausubel (1954) empleó el vocablo “pubescencia” con sentido más restringido, exclusivamente referido a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la maduración sexual. Adolescencia es un concepto más amplio, que abarca también los cambios de conducta y de status social, Stone y Church (1959) hacen una distinción similar entre las manifestaciones culturales y de conducta, por una parte, y las físicas, por la otra. Estos autores dan un paso adelante al hacer la distinción entre “pubertad”, el logro de la madurez sexual, y “pubescencia”, el período de aproximadamente dos años que precede a la pubertad.

El término pubescencia corresponde, pues, al periodo de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la maduración reproductora. Según este punto de vista, mientras la duración de la pubescencia la establecen los factores biológicos, la de la adolescencia social la determinan las instituciones sociales y el grupo social. Sherif⁷, concluye que los problemas que deben afrontar los adolescentes “varían de cultura en cultura, haciendo esa transición a la edad adulta una etapa más o menos complicada, conflictiva y prolongada. Sin embargo, el mismo autor afirma: “los principios psicológicos fundamentales que obran en todos estos ambientes sociales debieran ser los mismos”.

Menos claro es el límite superior de la edad de la adolescencia, puesto que no existen fenómenos fisiológicos objetivos que puedan utilizarse para fijar su terminación. Son útiles en este respecto ciertos hechos sociales observables, tales como la independencia económica, el trabajo exitoso y el casamiento. Pero, en primer lugar, no indican necesariamente independencia y madurez psicológicas, en segundo lugar, no hay acuerdo acerca de su importancia relativa. Finalmente, la significación psicológica e incluso sociológica de estos fenómenos

⁷ Citado por Muuss, Rolf. E (1978)., en *Teoría de la adolescencia.*, pp. 13

difiere según el ambiente socio-cultural: los criterios para fijar en qué momento se ha alcanzado la edad adulta, la madurez, la autodeterminación y la independencia dependerá de cómo sean éstos definidos por los medios sociales.

Para Kuhlen⁸, la adolescencia es el período durante el cual tiene lugar la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional y se pugna por independizarse de los padres. De ahí que, desde el punto de vista psicológico, el criterio para fijar el fin de la adolescencia no responda tanto a una edad cronológica determinada, sino al grado que esa adaptación haya alcanzado.

Hall (1904), tomo el concepto darwiniano de la evolución biológica y lo elaboró como una teoría psicológica de la recapitulación. Según esta teoría la historia de la defensa del género humano se ha incorporado a la estructura genética de cada individuo. La ley de la recapitulación sostiene que el organismo individual, en el transcurso de su desarrollo, que atraviesa esta parte corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad. Vale decir que el individuo vuelve a vivir el desarrollo de la raza humana desde un primitivismo animaloide, a través de un período de salvajismo, hasta los modos de vivir más civilizados más recientes que caracterizan a la madurez. Así también suponía que tales factores fisiológicos están determinados genéticamente y que fuerzas directrices interiores controlan y dirigen predominantemente el desarrollo, el crecimiento y la conducta. Sostenía que algunos tipos de conducta eran socialmente inaceptables –característicos de una fase históricas del pasado- , puesto que son etapas necesarias para el desarrollo social. Así también no dividía el desarrollo humano en tres de estas etapas sino que formulaba la división cuatripartita similar a la propuesta por Rousseau⁹. Las principales etapas evolutivas de Hall son: infancia, niñez, juventud y adolescencia. En la última fase de la adolescencia, el individuo recapitula la etapa inicial de la civilización

⁸ Ibid. p.18-19.

⁹ Jean-Jacques Rousseau., en su influyente estudio: *Emilio o De la educación* (1762).

moderna; esta etapa corresponde al final del proceso evolutivo: el individuo llega a la madurez.

1.4 Cambios psicológicos

Los cambios físicos y fisiológicos que se producen en la adolescencia tienden a velar el hecho de que al mismo tiempo se están efectuando en el adolescente cambios impresionantes en el desarrollo psicológico. La adolescencia “es el periodo durante el cual la capacidad de adquirir y de utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia” Gowan y Demos¹⁰ (1966). Los cambios que tienen lugar en el funcionamiento cognoscitivo se reflejan lo mismo cualitativamente, el adolescente pasa de la etapa de las operaciones concretas a la etapa de las operaciones formales. El pensamiento operativo formal recién adquirido le permite distinguir entre la verdad y la falsedad, es decir, a comparar las hipótesis de los hechos. Gowan y Demos (1966).

La aparición del pensamiento operativo formal afecta también a la idea que el adolescente se forma de sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico. El desarrollo de los valores, de los principios morales, la preocupación por la introspección, la autocrítica, la conciencia de sí mismo (que se refleja en las relaciones con el yo y con los demás), el desarrollo de metas futuras y de los planes de vida que caracterizan a los adolescentes, dependen en grado considerable de la maduración cognoscitiva que tiene lugar durante esta etapa.

Mussen, Conger, Kagan (1982), definen los aspectos psicológicos como la etapa en la que se tiene que “alcanzar gradualmente la independencia respecto a su familia; adaptarse a su maduración sexual; establecer relaciones viables y de cooperación con sus compañeros, sin ser dominado por ellos, decidir cuál será su

¹⁰ Citado por Macareno Vivas L. y Zamudio Bretón R. (1997). En su tesis de Licenciatura: *Relación existente entre la adaptación de los individuos a su medio ambiente y sus calificaciones escolares. Durante la adolescencia.* pp.30.

vocación y prepararse para cumplirla”. Así pues, tiene que formarse un modo de vida, un conjunto de normas y creencia morales orientadoras que puedan prestar algún orden y consistencia al mundo cambiante al que se enfrenta, pero sobre todo lo más importante, el adolescente tiene que adquirir el sentido de su propia identidad. La búsqueda de sí mismo del adolescente es algo más que el mero intento activo de crear una personalidad, mientras prueba con varios roles de conducta, su experiencia interior se cristaliza y se hace suya para sentir, pensar, cambiar, conceptuar y actuar, de tal forma que al final logra adquirir “las características psicológicas sobresalientes en un adolescente: la independencia y la autonomía”.

La verdadera autonomía (afirmación del yo) consiste en una integración armoniosa de las formas de sociabilidad y una gran afectividad que se logra al reintegrar su nueva imagen. “Las orientaciones, sueños y fantasías van cambiando progresivamente según el adolescente se va acercando anatómica, fisiológica, experimental y socialmente a la madurez sexual y social plena” (Engel, 1959).

Hall (1904) percibía la vida emotiva del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias. Energía, exaltación y actividad sobrehumanas alternan con la indiferencia, el letargo y el desgano. La alegría exuberante, las risas y la euforia ceden lugar a la disforia, la lóbreguez depresiva y la melancolía. El egoísmo, la vanidad y la presunción son tan característicos de ese período de la vida como el apocamiento, el sentimiento de humillación y la timidez. Se observa a la vez restos de egoísmo pueril o inhibido y un creciente altruismo idealista. En ninguna otra etapa del desarrollo la bondad y la virtud se presentan en forma tan pura, pero tampoco jamás la tentación domina tan poderosamente el pensamiento. El adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero, al mismo tiempo, se encuentra integrado en grandes grupos y amistades. Nunca sus compañeros ejercen tan grande influencia sobre él. Por momentos, el adolescente exhibirá una sensibilidad y ternura exquisitas; en otros, dureza y

crueldad. La apatía y la inercia alternan con una curiosidad entusiasta y un impulso de descubrir y explorar. Su anhelo por encontrar ídolos y autoridad no excluye un radicalismo revolucionario dirigido contra toda clase de autoridad.

Por todo lo anterior se señala que este es un periodo de maduración para elaborar exigencias y llegar a un yo estable y a una organización del impulso básico en la salud mental del individuo. Para esto se hace inevitable la vivencia de tres duelos, que le permitirán elaborar y superar al adolescente las situaciones que ya no le están funcionando.

1.4.1 Duelos de la adolescencia

En el proceso adolescente se hace manifiesto un desequilibrio emocional ya que en esta etapa -y debido al crecimiento tanto físico, y psicológico- se da inicio al desprendimiento de los padres, del cuerpo infantil y del mundo que tenía en su infancia; debido a esto el espacio que forme la familia y la comunidad es importante porque constituye el escenario donde los adolescentes mostrarán las reacciones conductuales a esta triple pérdida de la que hablaban (Aberastury y Knobel 1997, p. 143), las cuales son trascendentes.

De acuerdo a esta triple pérdida se condicionan en los adolescentes diferentes grados de alteración (esta no debe entenderse como enajenación) de la conducta habitual de los mismos, la cual también puede entenderse como un condicionamiento natural y necesario para mirar un nuevo presente biológico y social, y dejar atrás la fase inculturada de la infancia, y aceptar la fase "liberada" de la adolescencia. El acostumbrarse a un nuevo cuerpo, a una nueva visión y sentir de sí mismo y a la relación cambiante con los demás, a este hallarse consciente de las nuevas obligaciones que implica la toma de responsabilidad sitúa al adolescente como un perdedor momentáneo, pero capaz de evaluar las pérdidas y trascenderlas.

Muchos factores bloquean la oportunidad de que el adolescente viva su adolescencia (en el fondo es rehusar a la responsabilidad de asumir el proceso de maduración personal) e incluyen: sobreprotección paterna para impedir la separación del hijo; demasiada retención o exceso de control, y no dejar ir al hijo con apoyo en el momento oportuno. Dichos factores suelen generar enfermedad psicosocial en esa etapa.

Para que el proceso de la adolescencia “camine” es indispensable dar a los jóvenes el apoyo consciente de padres y profesores y de la comunidad para que puedan aceptar los retos que frente a sí tienen. Los padres y maestros, así como los adultos interesados en la adolescencia deben ampliar el ámbito determinado por las estructuras que forman el marco de referencia de los adolescentes.

Todas estas pérdidas, una a una, traen a quienes la experimentan consecuencias muy diferentes, como inseguridad personal, pérdida de confianza en sí mismo, en los adultos, en los códigos sociales ya aprendidos, en los sistema de comunicación y reclutamiento y en la manera de establecer relaciones interpersonales. Esta inestabilidad momentánea, pero importante y eficaz, induce a los individuos a encontrar o ensayar nuevas formas de vivirse, sentirse y situarse de manera muy diferente a la etapa infantil cuya experiencia dejan atrás, por eso actúan a ratos, como personas inestables, ya que no pueden encontrar una manera adecuada para lograr un nuevo balance en su existir.

Cada una de dichas perdidas trae consecuencias, pero todas ellas se pueden controlar con oportunidad si los padres aceptan la adolescencia de los hijos y si estos últimos a su vez se disponen a vivirla confiados, sabiendo que entre los objetivos de la misma esta el madurar de manera responsable para convertirse en adultos.

1.4.1.1 *Duelo por el cuerpo infantil*

Este se caracteriza por una tendencia al manejo omnipotente de las ideas frente al fracaso en el manejo de la realidad externa. En este momento vive la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un verdadero *fenómeno de despersonalización* que domina el pensamiento del adolescente en los comienzos de esta etapa, que se relaciona con la evolución misma del pensamiento.

Dentro de la adolescencia normal este manejo de las ideas le sirve también para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil y la no adquisición de la personalidad adulta, por símbolos intelectualizados de omnipotencia, reformas sociales, políticas y religiosas; en donde él no está directamente comprometido como una persona física (ya que en este estado se siente totalmente impotente e incómodo), sino como entidad pensante. Niega así su cuerpo infantil perdido, y las fluctuaciones incesantes con la realidad lo ponen en relación con sus padres, familia, el mundo concreto que lo rodea del cual depende, para elaborar esa pérdida e ir aceptando su nueva personalidad.

La simbolización fracasa, el símbolo y lo simbolizado se confunden y las ideas tratan de desarrollarse en el “plano orgánico”. Aquí la confusión puede ser extrema y el adolescente niega su realidad biopsíquica comenzando a actuar roles fantaseados que siente como verdaderos. Todo el fenómeno del “impostor” o el del “si yo fuera usted” caben en esta descripción. Esto los lleva al conflicto de identidades y al segundo duelo.

1.4.1.2 *Duelo por la identidad y por el rol infantil*

En la adolescencia hay una confusión de roles, ya que al no poder mantener la dependencia infantil y el no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un *fracaso de personificación* y así, el adolescente delega en el grupo (de pares)

gran parte de sus atributos, y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades. Recurriendo así a un mecanismo esquizoide (con un manejo de omnipotencia); mostrando así la irresponsabilidad típica del adolescente, y así él nada tiene que ver con nada y son los otros los que se hacen cargo del principio de realidad. La falta de carácter explica la inestabilidad afectiva del adolescente, con sus crisis pasionales y sus brotes de indiferencia absoluta. Así es como la exclusión del pensamiento lógico surge del duelo por el rol infantil, y se convierte en la actuación afectiva, como el duelo por el cuerpo de la infancia se convertía en la actuación motora.

Amor y odio, culpa, reparación, son algunos de los intermitentes vividos con intensidad y rápidamente eliminados, para volver a ocupar posteriormente el pensamiento, en ese proceso constante de aprendizaje que significa este juego de manejo objetal y afectivo.

Normalmente, el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo y rol infantil, al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por la de sus padres actuales, originándose así un tercer proceso de duelo.

1.4.1.3 *Duelo por los padres de la infancia*

La relación infantil de dependencia se va abandonando paulatinamente y con dificultad. La impotencia frente a los cambios corporales, las penurias de la identidad, el rol infantil en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hacen que se recurra a un proceso de negación de los mismos cambios, que concomitantemente se va operando en las figuras y las imágenes correspondientes de los padres y en el vínculo con ellos, ya que estos también tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos.

Se pretende no sólo tener a los padres protectores y controladores, sino que periódicamente se idealiza la relación con ellos, buscando un suministro continuo que en forma imperiosa y urgente debe satisfacer las tendencias inmediatas, que aparentemente facilitarían el logro de la independencia. Figuras idealizadas deben sustituirlos, y entonces el adolescente se refugia en un mundo autista de meditación, análisis, elaboración de duelo, que le permite proyectar en maestros, ídolos deportivos, artistas, amigos íntimos y su diario, la imagen paterna idealizada.

El duelo por el cuerpo infantil perdido, por la identidad y el rol infantil, y por los padres infantiles, lleva consigo, dentro del proceso del pensamiento una dificultad en la discriminación de la ubicación temporal del sujeto y de la identificación sexual del mismo.

1.5 Adolescencia normal

La adolescencia transcurre en un marco cultural que tiene ya un concepto de lo normal. Ser calificado preocupa tanto a los adultos como a los adolescentes, la definición de normal o anómalo no sólo resulta de una valoración o calificación subjetiva emitida por una persona responsable o irresponsable, sino también de un proceso de razonamiento, que cuando se usa adecuadamente, no puede quedar libre de las influencias del medio donde se realiza. Tiene mucho que ver con la opinión grupal, con el criterio con que los otros califican. Para algunos la acción de calificar, como un honesto ejercicio de evaluación a una persona o circunstancia, se convierte en una adhesión de moda a opiniones carentes de fundamento.

Así, los desarrollos psicológicos y de la conducta social del sujeto en la adolescencia, al igual que en otras del proceso ontogénico, se establecen en patrones de conducta de acuerdo con la edad. Todos estos señalan su carácter adaptativo, es decir, los adolescentes calificados como normales en cualquier

cultura son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas evolutivas de la etapa (aquellas que les ayudarán a adaptarse biopsicosocialmente para lograr su desarrollo). Cada quien manifiesta en ese pensar y sentir un grado de eficiencia y una disposición que conduce a muchos estilos personales de ser. De esto se desprende que para calificar adecuadamente a un adolescente se debe entender y aceptar que el adolescente tiene una gran oportunidad de vivirse a sí mismo, que la etapa es una necesidad de búsqueda pero, como todo ensayo de ser a cualquier edad, produce angustias, inseguridad, soledad e inestabilidad. Todo ello impide la tranquilidad mental y espiritual de quien experimenta el proceso en forma individual o grupal. Así, la inestabilidad que los jóvenes viven tendrá que exteriorizarse, lo cual genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales por otro.

Tal actitud de inseguridad y ansiedad juveniles no siempre daña, por el contrario, por medio de esta los adolescentes se motivan para seguir buscando opciones, formas de ser y soluciones. Esta actitud ayuda a los jóvenes a encontrar nuevos esquemas de funcionamiento personal revestidos de mayor asertividad, a compartir cada vez con mayor madurez su vida con pares y adultos, a buscar el camino que los lleva al encuentro de la nueva estabilidad de lograr poco a poco el adueñarse de sí mismo para superar la etapa.

La percepción de la “normalidad” o de lo que parece ser normal para el adolescente constituye una presencia importante a medida que su hacer, pensar y sentir esté dentro de la forma de hacer, pensar y sentir de los pares, y al mismo tiempo a medida que pueda calificar como logros la práctica de sus tareas evolutivas que, por pequeñas que éstas sean, le afirman en la expectativa de ser “normal”. Para él, cada empresa que califica como exitosa es de gran valía, a la vez que le sirve de apoyo para reconocer sus potenciales. De esta manera aumenta la autoestima y seguridad, y se reconocen capacidades para continuar en la experiencia existencial, comprometiéndose con responsabilidad.

Se podría estar seguro de que el adolescente es una persona normal en tanto su conducta adaptativa domine su acción, pues conocerse, reconocerse y adaptarse es una muestra del desarrollo organizado, y el pasar de la estabilidad a momentos de inestabilidad, de los que pronto se recupera sin intervención alguna de adultos o terapeutas, prueba que no es un trastornado.

La identidad, como una demanda urgente en esta fase ocurre de manera gradual. Para lograrlo, el sujeto tendría que ensayar muchas veces el papel pero lo común es que se ensayen papeles e ideologías alternativas. Este ejercicio de valoración de sí mismo hecho por medio de cuestionamientos y razonamientos lleva también a un ensayo de alternativas antes de elegir. Las múltiples identidades deben entenderse como un registro de muchas, en busca de una, que finalmente es la predominante y que gradualmente emergerá con mayor persistencia y adaptabilidad.

Para Dulanto (2000), los adolescentes normales son aquellos que tienen conductas que manifiestan abierta confianza en sí mismos; establecen buenas relaciones con los pares; son leales en las relaciones afectivas, pero también tienen habilidad para “prenderse” y “desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez sin acongojarse. La normalidad en este proceder es la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares en vez de crear conflictos.

Este tipo de adolescentes tienen y desarrollan cada vez mayor autoestima; ésta les proporciona confianza y permite el desarrollo de una conducta segura, abierta y participativa con la familia y la sociedad. Además, ellos son optimistas respecto del futuro y se proponen metas. También es común que varían pronto de preferencia o muden de parecer en relación con lo que minutos antes deseaban llevar a cabo o con quien deseaban compartir o con aquello que decían creer. Los adolescentes con frecuencia gastan gran energía vital luchando por conseguir las actitudes o situaciones que consideran sus ideales y de las que se

siente muy inciertos; todo esto es normal y compatible con la conducta impredecible de un adolescente. El desarrollo de este tipo de conductas ocurre según un modelo personal compartido con el del grupo de elección o con el predominante en la comunidad. No debe hablarse de que todo comportamiento un tanto fuera de la regla general sea un comportamiento anómalo. Un comportamiento puede considerarse anormal cuando de manera persistente se desvía la normatividad establecida en la familia, escuela y comunidad, y cuando perjudica particularmente el logro de una metodología, actitud o conducta que permite adaptarse de manera eficaz a la tarea social.

De acuerdo con la psicología del desarrollo¹¹, las pistas para saber si una conducta adolescente es normal o anormal son las siguientes:

- 1) La normatividad de la adolescencia es adaptativa.
- 2) El desarrollo psicosocial transcurre en un esquema y clima de armonía y continuidad.
- 3) Siempre hay una estabilidad emocional básica.
- 4) Puede aparecer un proceso gradual de la integración de la identidad (el proceso se manifiesta a diferentes velocidades, dependiendo de la cantidad de estímulo, oportunidades, compañía, libertad y apoyo que la familia y que el medio social brinden).
- 5) La socialización quizás se desarrolle en un proceso armónico con los padres.

Douvan y Adelson (1966) mostraron que la mayoría de los adolescentes son “estables” emocionalmente. Se entiende cómo “estable” al adolescente que vive con calma y paciencia de acuerdo con su maduración y que resuelve sus problemas de adaptación a las circunstancias individuales y colectivas que se presentan. Este tipo de adolescente progresa en el uso de esquemas cada vez

¹¹ Vid, Dulanto Gutiérrez E. (2000), pp. 151.

más complejos para adaptarse a situaciones diversas, sean estas estresantes o no.

Horrocks (1990) opina que son cinco los puntos de referencia a los que hay que dar mayor importancia en el crecimiento y desarrollo del adolescente normal, el autor considera que esos son básicos para la vigilancia de la etapa:

- La adolescencia es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del Yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracterizará su vida adulta. Durante este periodo, el adolescente aprende el papel personal y social que con más posibilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como su concepto de los demás.
- La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuo; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y, por lo general, existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el periodo donde surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.
- La adolescencia es una etapa donde las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general, el adolescente está muy ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y valores estándar a los de sus iguales. También es la época en que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades. La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrasia del individuo.

- La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas actividades y conceptos que le serán útiles en el futuro, pero que a menudo carecen de interés inmediato. Es una época en que el individuo adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia.
- La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, entorno a los cuales la persona pueda integrar su vida, se acompaña del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de la propia persona en concordancia con dichos ideales. La adolescencia es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

Los puntos antes señalados demuestran lo difícil del proceso, se considera como una minuta de antropología social, herencia pretérita del grupo humano para cada cultura en los diferentes tiempos históricos. La adolescencia, como oportunidad existencial, obliga a quien la vive y tiene conciencia de ella, a caminar hacia el encuentro de un Yo libre, creativo y autogestivo, lo cual es lo opuesto del Yo inculturado y dependiente que se desarrolla en la infancia.

Desarrollar la capacidad de cuestionar y formular planteamientos es un arte que si se practica paulatinamente durante la infancia llevara a la persona a tenerlo como herramienta de trabajo predilecta en la adolescencia y en la edad adulta. Quienes no crecen con este estímulo en la infancia, tienen durante la adolescencia una opción "natural" de desarrollarla (aparece con gran intensidad el deseo de búsqueda) pero esta vez los apoyos no serán la familia, sino la búsqueda voluntaria de ser ante pares y adultos, con quienes en forma alternativa encuentran la oportunidad de poner en practica los conocimientos adquiridos en esta búsqueda.

Cuestionar y poner en tela de juicio la figura de los adultos durante la adolescencia no es una actitud perversa, desleal o ingrata de los jóvenes. Es una actitud necesaria, casi obligada, que de manera sistemática se usa por primera vez en la vida para conocer y analizar lo que hasta ese momento ha sido la interacción con las figuras más importantes de la niñez y que aún están presentes.

El cuestionamiento sólo puede darse en *libertad*. Este valor se entiende cómo la voluntad expresa del adolescente por explorar el mundo que lo rodea, como el interior. Para ello tendrá que crear un sistema y un espacio para escucharse, entenderse y atender las necesidades emocionales, espirituales, cognitivas y aquellas derivadas de la relación humana.

Así, la adolescencia brinda la oportunidad de dar un nuevo enfoque a la existencia: descubrir cuál es el sentido de la vida y qué tan profundo se avanza en ella. El juicio valorativo obliga a los adolescentes a ver el mundo por medio de la propia experiencia de vida. Los adolescentes saben y sienten que su propia vida, la existencia misma, con todas las tareas, ventajas, derechos y obligaciones, sean de carácter personal, familiar o colectivo, no podrán verlas a través de los ojos y las experiencias de los padres y adultos, sino como fruto del trabajo personal que conlleva un gran esfuerzo de vivir la experiencia existencial y la reflexión de ella, aceptando con responsabilidad el compromiso de madurar. Lo anterior les modifica de manera drástica el desarrollo emocional, la conducta y la actitud social; así como la relación con los padres y sus amigos.

1.6 Problemas de la adolescencia

Se afirma que el grado de anormalidad de las conductas de desadaptación, en la adolescencia, o de los síntomas que se sospechan manifiestan enfermedades, están en función del daño que éstas puedan traer a la buena adaptación psicosocial en el futuro. La experiencia muestra que los jóvenes que más se desvían de una conducta adaptativa, de la conducta normativa, del encuentro de

sistemas eficaces para hacer frente a sus problemas de manera adecuada y se muestra incapaces para abordarlos o ensayar una solución, posiblemente tienen un trastorno.

La persistencia o el agravamiento de un síntoma, la casi nula incorporación de otros signos o síntomas al cuadro, o la frecuente inclusión de conductas anómalas que sustituyen a otras normales o a otras enfermedades se consideran avisos importantes de una desviación del proceso psicológico normal.

Anna Freud (1975) expresó que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia. Este aforismo, ya clásico, es una realidad que conocen y valoran quienes se ocupan de los jóvenes. El grupo adolescente vive una serie de pequeñas y grandes crisis que abarcan cuerpo, emoción y adaptación social; todo ello es producto de la propia situación evolutiva y es una consecuencia de la interacción con el medio que le contiene, lo cual no puede evadirse pues en este juego de influencias el adolescente conforma su identidad y algo muy importante: la estructura de su personalidad.

Así también el adolescente vive una desubicación temporal; convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. En cuanto a su expresión de conducta el adolescente parecería vivir en un proceso primario con respecto a lo temporal. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones resultan aparentemente irracionales. Siguiendo las ideas de Bion (1957), al romperse el equilibrio logrado en la latencia predomina por momentos en el adolescente la parte psicótica de la personalidad, por lo que se caracteriza por la irrupción de partes indiscriminadas, fusionadas, de la personalidad en otras más diferenciadas.

Las modificaciones biológicas y el crecimiento corporal incontrollables, son vividos como un fenómeno psicótico y psicotizante en el cuerpo. Las ansiedades psicóticas resultan incrementadas por la posibilidad real de llevar a cabo las

fantasías edípicas de tener un hijo con el progenitor del sexo opuesto. El cuerpo se transforma en un área en la que confluyen exigencias biológicas y sociales haciéndose depositaria de vivencias y fantasías persecutorias de carácter psicótico.

Las dificultades del adolescente para diferenciar externo-interno, adulto-infantil, etc.; se debe agregar la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro, ya que en la adolescencia se puede hablar de una temporalidad maníaca, vinculada con el núcleo aglutinado de la personalidad o del núcleo psicótico (Bleger, 1967). A medida de que se van elaborando los duelos típicos de la adolescencia surge la conceptualización del tiempo que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de sus vínculos con ellos. De esta manera, la percepción y la discriminación de lo temporal, aparece como una de las tareas fundamentales de la adolescencia.

El tiempo vivencial y el conceptual pueden corresponder respectivamente a los tiempos rítmico y cronológico designados por Rolla (1964)¹². Aceptar la pérdida de la niñez significa aceptar la muerte de una parte del yo y sus objetos para poder ubicarlos en el pasado. Si hay una elaboración patológica, este pasado puede amenazar con invadir al individuo, aniquilándolo. Como defensa el adolescente espacializa el tiempo, viviéndolo como un objeto para añejarlo. Con este tiempo-espacio-objeto puede manejarse en forma fóbica u obsesiva, volviendo las situaciones psicóticas en neuróticas o psicopáticas.

La conducta del adolescente se encuentra dominada por la acción, ya que el pensamiento necesita actuarse para ser controlado. La personalidad del adolescente es permeable, los procesos de proyección e introyección son intensos, frecuentes y variables, por lo que no puede haber una línea de conducta

¹² (Citado en Aberastury y Knobel 1997., pp 71). Rolla, E. H. : “*El tiempo como objeto en la manía*”. Acta Psiqu. Psicol. A. Lat., X, 1, pág.44, 1964.

determinante; solo el adolescente enfermo podrá mostrar rigidez en la conducta, ya que un indicio de normalidad es la labilidad de su organización defensiva (Aberastury y Knobel, 1997).

Sus contradicciones, con la variada utilización de defensas, facilitan la elaboración de los duelos típicos de esta etapa y son característicos de la identidad adolescente.

Se considera también un factor de riesgo que el adolescente se encuentre formando parte de un grupo patológico, cuyos determinantes sociales son las situaciones de injusticia, postergaciones y carencias que afectan a sectores de una comunidad. Estos antecedentes no se originan por sí, de manera unívoca, este tipo de conductas también se pueden reconocer con otras variables de naturaleza psicológica pertenecientes a la conflictiva interna adolescente, o de índole cultural (componentes ideológicos), que desembocan en formas morbosas de protesta y agresión. Las bandas de nuestros días no son privativas de un nivel socioeconómico. Su actuar en contra de la cultura o la normativa vigente parece testimoniar una actitud pontestaria de orden generacional. Las diversas formas de rebeldía y violencia han sido a menudo aisladas con ideología política que las han promovido y con frecuencia consolidado con fines calculados; asimismo, no se puede descartar la incidencia de las crisis familiares y los conflictos paterno-filiales como raíces que desarrollan precoces conductas delictivas (Coser, 1961).

El grupo patológico, ofrece al adolescente la posibilidad de dar curso a las agresiones contenidas sin carga de culpa. Diluyéndose la responsabilidad en el conjunto, cada miembro puede liberarse del lastre de energía destructora y gratificarse con ella. Asimismo, este tipo de grupo hace experimentar una seductora experiencia de fuerza y capacidad. Lo que el adolescente no haría solo, junto a otros lo puede encarar ya que la pandilla reduce el miedo y le proporciona medios para ejecutar la acción destructora.

Por otro lado, la pandilla que atenta contra las normas morales y legales establecidas en una sociedad, posee su propio código normativo elemental y duro en sanciones para los que lo traicionan, la severidad de los castigos contribuye a reducir cualquier sentimiento residual de culpa. Esto es revelador de una doble cualidad sin normas (Coser, 1961).

El juego agresivo del pandillero exige autoabastecerse de odios. Las agresiones consumadas podrían atemperarlo, por lo que el grupo, celoso de su perduración, tiende a realimentar sus frustraciones reales e irreales, atribuidas a personas, minorías étnicas o religiosas, clases sociales, sectores políticos o a la sociedad establecida en general, a fin de mantener una justificación permanente. Asimismo, se advierte que otra exigencia de la pandilla es su segregación relativa de los grupos sociales que funcionan positivamente, lo que se traduce en una constante apelación a la vieja ley del belicismo: “Los que no están con nosotros están contra nosotros”. Todo esto involucra en su fondo la adhesión a una tabla de contravalores con la que se sostienen y se oponen a la sociedad, siendo su mecanismo protector, que, aquello que no es justificable se transforma en tabú y así se evita tener que reconocer su sin razón.

Como consecuencia, la pandilla adolescente no puede calificarse como antisocial, debido a su participación en ciertas formas básicas de organización social. Constituye en si un grupo regresivo, no permitiendo a sus miembros avanzar en autonomía; sino que por lo contrario, les rodea de rasgos defensivos inmaduros tales como la exculpación mágica, dependencia afectiva de un líder autoritario, técnicas elementales, descarga instintiva primaria, y una identidad negativa (Bianchi, 1986).

La adolescencia, como parte incoactiva del desarrollo, es una etapa en donde el adolescente se vuelve vulnerable a trastornos diversos, trastornos que viran con el tiempo si ésta se vive dentro de la normalidad y he aquí la importancia de la adolescencia normal. Como se ha mencionado, cada adolescente tendrá

diferentes tiempos -dependiendo de la cantidad de estímulos, libertad, compañía, apoyo familiar y oportunidades dentro de la sociedad- para iniciar y concluir este proceso e ir consiguiendo en cada momento una adecuada adaptación en su ambiente logrando tanto una estabilidad emocional como una integración de su persona. Si no se logra esa adaptación en la personalidad del adolescente, pueden surgir diversas problemáticas dentro de las cuales se encuentran las adicciones, desordenes alimenticios, delincuencia, y conductas suicidas aunque la aparición de conductas de alto riesgo durante la adolescencia no debe causar sorpresa, pues a menudo representan un intento de responder a necesidades evolutivas, el desarrollo de autonomía, aprendizaje y capacidad para la intimidad. Tales conductas se deben investigar conjuntamente con sus concomitantes para la implementación y/o diseño de programas preventivos y de intervención con el fin de detectarlas, controlarlas y disminuirlas en lo posible. Así, la adolescencia es un periodo importante para prevenir la aparición de conductas nocivas o riesgos para la salud en el corto, mediano y largo plazo.

CAPITULO 2

INTENTO SUICIDA

2.1 Antecedentes históricos

Se tiene conocimiento de que el suicidio ha estado presente desde el primer periodo intermedio de la cultura Egipcia (2255-2035 a.C.), pues se encontraron varias lamentaciones acerca del caótico estado de los asuntos del hombre, entre ellas *El diálogo de un Hombre con su Ba* ("alma"), es un debate sobre el suicidio; y otra, el ejemplo más antiguo de las canciones que cantaban los arpistas en los banquetes funerarios, que aconsejaba "¡Come, bebe y sé feliz, antes de que sea tarde!".¹³ En la Europa antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo¹⁴, admitían muchas razones legítimas para su práctica. El filósofo romano Séneca¹⁵ lo ensalzaba como el acto último de una persona libre.

En la mitología maya "Ixtab" diosa del suicidio. Se la representa suspendida del cielo con una cuerda alrededor de su cuello y con síntomas de putrefacción en su rostro. Para los mayas, los guerreros que morían en combate, las víctimas de

¹³ "Literatura egipcia." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

¹⁴ La escuela estoica, fundada en Atenas hacia el 300 a.C. por Zenón de Citio. El estoicismo representó la escuela más importante en el mundo grecorromano. Los estoicos proclamaron que se puede alcanzar la libertad y la tranquilidad tan sólo siendo ajeno a las comodidades materiales y la fortuna externa, y dedicándose a una vida guiada por los principios de la razón y la virtud (tal es la idea de la imperturbabilidad o ataraxia: Tranquilidad del ánimo no enturbiado por ningún deseo ni temor).

¹⁵ Filósofo estoico más destacado de Roma; su principal preocupación era la ética, pero sus creencias eran más espirituales que las de los primeros filósofos estoicos. Lo sobresaliente en él fue su coherencia formal, su capacidad analítica e introspectiva, el fatalismo estoico de sus personajes y la fuerza de los temas que abordaba: el asesinato, el horror y la venganza.

los sacrificios ofrecidas a los dioses, las mujeres que morían en el parto, los sacerdotes y los suicidas iban directamente al cielo tras su muerte; Ixtab descendía del cielo a recoger sus almas y las conducía al paraíso a que descansaran bajo la sombra del árbol cósmico¹⁶.

Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia Cristiana decretaron: aquellos que cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte, y en la edad media la Iglesia Católica Romana condenó expresamente esta práctica. Hoy está condenado el suicidio en las religiones Cristiana, Judía e Islámica.

Ya Goethe¹⁷ y Hermann Hesse¹⁸, entre otros literatos, hacían alusión al suicidio, el primero en su novela en la que a causa de sufridas emociones por el amor, la amistad y por hallarse sincero opta por suicidarse; el segundo expresa lo deseable de escapar aunque a través del suicidio del gran sufrimiento que le provocaban las pruebas constantes de sus encuentros consigo mismo.

En 1897 Émile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad. El suicidio anómico y el fatalista venían determinados respectivamente por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad. Sin embargo, la

¹⁶"Ixtab." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

¹⁷*Die Leiden des jungen Werthers* (1774).

¹⁸*El lobo estepario* (1927). Cuadragésima primera edición., CIA. General de Ediciones, S. A – México., 1974., pp.65-66.

tendencia actual considera el suicidio desde un punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.

El suicidio es un acto complejo de entender, sin embargo, resulta importante estudiarse. Diferentes teorías intentan abordar dicho tema retomando al suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma conociendo la posibilidad de morir (este tipo de muerte refleja la relación de la persona consigo misma y con su comunidad). Al estudiar el suicidio se utiliza una clasificación etiológica en lugar de morfológica porque de esta forma se conoce mejor la naturaleza del acto, indicándose dos clases de causas para llegar al suicidio: las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico.

No es sino hasta el siglo XIX cuando se elaboran las primeras teorías que intentan explicar con cierto rigor esta desconcertante conducta humana. Mientras la escuela psiquiátrica francesa consideraba en el siglo XIX al suicidio como un síntoma de enfermedad mental, Pinel y Esquirol¹⁹ afirmaban que es el antecedente o el síntoma de la melancolía o de la alienación. En tanto, los frenólogos y quienes se apegaban a la medicina, buscaban la explicación a través del cuerpo e intentaban hallar a través de la autopsia de los suicidas, aquellas lesiones o malformaciones que pudieran ser condiciones del suicidio. Achille-Delmas (citado en Villardón, 1993), uno de los representantes de esta escuela teorizó que el suicidio tiene una base constitucional-orgánica y que está ligado a la ansiedad denominada también orgánica.

Uno de los más reconocidos autores y pionero en el estudio de la conducta suicida fue Émile Durkheim (1858-1917, citado por Souza y Machorro, 1995). Su postura sociológica explica que el suicidio es el resultado del crecimiento de la sociedad y de la debilidad, así como la pérdida de control que ésta tiene sobre los

¹⁹ Los franceses Philippe Pinel y Jean-Étienne Esquirol, el primero a mediados del siglo XVIII y el segundo en siglo XIX en sus estudios (separados) sobre la melancolía y las enfermedades mentales.

individuos. Su visión indicaba que el suicidio puede ser explicado sociológicamente como resultado de lo grupal y descarta o minimiza las motivaciones individuales de la persona (González-Forteza y Ramos, 1997). En su obra, destaca las cifras y tasas de suicidio en diferentes países y cómo éstas se van modificando en tanto varían algunos factores sociales, religión, economía, guerras, revoluciones ideológicas, entre otros. Además, indica una tipología de suicidas: el egoísta, cuyo carácter fundamental es la apatía; el altruista, caracterizado por energía apasionada o voluntaria y finalmente, el anómico, cuya característica es la irritación o el hastío.

2.2 Definición de suicidio

La palabra “suicidio”, proviene del latín *sui*: (sí mismo) y *cidium* (muerte, del verbo *coederé*: matar). Por lo tanto, etimológicamente significa: “darse a sí mismo la muerte”.

La Enciclopedia Británica define al suicidio como “El acto voluntario e intencional de autodestrucción” y, por ampliación, al daño de otros (una forma de suicidarse sería hacerse matar).

Suicidio²⁰: acción de quitarse la vida de forma voluntaria. El suicidio aparece en todas las sociedades desde los tiempos más remotos. Sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia este acto, sus formas y su frecuencia.

Desde la antigüedad hasta nuestros días muchos autores se han ocupado del suicidio, lo han presentado desde diversos puntos de vista; como un acto autodeterminado, como un derecho y como una sentencia. Usando un criterio científico y una actitud psiquiátrico-social el suicidio es una situación de la cual el

²⁰ © 1993-2003 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

suicida es un emergente, es decir, un condensador de las fuerzas agresivas de su medio.

Hacia el final del siglo XIX, Durkheim definió al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida (Durkheim, 1897). A partir de esta conceptualización, se generó un cambio respecto a la perspectiva que se tenía de este fenómeno, ya que se otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se comenzó a poner también atención en los motivos subyacentes. Ahora sabemos que, además de ser un problema multifactorial, el suicidio tiene un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis (Diekstra, 1993). Además, a veces sigue finalidades diferentes a la pérdida de la vida como tal; así, se han obtenido datos de que, en ocasiones, la meta es llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad. (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, Amador, 2002). Esta definición en su estricto significado tiene el mérito de distinguir a la conducta suicida de las conductas autodestructivas inconscientes, las cuales se pueden entremezclar con la toma de riesgos, como manejar con imprudencia, automutilaciones, etc.

2.3 Diferentes enfoques acerca del suicidio.

El acto suicida resulta complejo para el entendimiento del hombre. Ninguna teoría puede explicar en forma integral este fenómeno. La sociedad occidental considera el comportamiento suicida como un acto condenable; el suicidio se puede estudiar tanto desde una perspectiva intrapersonal como desde una perspectiva interpersonal y de relación con el mundo. A pesar de ello, el suicidio sigue siendo un misterio que provoca en el hombre un gran temor.

2.3.1 Enfoque psicológico

“Toda persona es un suicida en potencia. Todos poseemos una tendencia a la autodestrucción, que varía en grados de intensidad entre un individuo u otro y entre las sociedades” (Farberow y Shneidman, 1994). Sin embargo existen factores que influyen en la conducta suicida como los familiares, sociales, biológicos y emocionales. Difícilmente se podría hablar de una psicología del suicidio, dado que las causas que llevan a una persona a quitarse la vida suelen ser múltiples.

Desde la perspectiva fenomenológica, Shneidman (1976) recoge componentes psicológicos de la conducta suicida en el artículo titulado “Una teoría psicológica del suicidio”. Estos componentes son en su opinión, la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. El primer componente se refiere a la hostilidad hacia sí mismo que, en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. La perturbación se refiere al grado en que una persona se encuentra inquieta, preocupada, etc. La perturbación entonces, está relacionada con estados emocionales negativos como pueden ser el malestar, la pena, la culpa, la amargura. El tercer componente del suicidio es la constricción, reúne ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que solo hace conscientes los aspectos negativos –visión de túnel- y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la idea de cese, de muerte, de dormir eternamente, se presenta como una posible solución.

Más tarde, Shneidman (1988) completa su concepción del suicidio y presenta diez características comunes a todo acto suicida. Estas son:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución.

- El objetivo común es el cese de la conciencia del contenido insufrible de la mente.
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción común en el suicidio es la indefensión - desesperanza.
- El estado cognitivo común es la ambivalencia.
- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción.
- La acción común es el escape.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Shneidman 1988, (citado por Sáiz, 1997) conjuga los componentes más propiamente psíquicos, como son el dolor y la perturbación, con la presión ejercida sobre el ambiente y confecciona un modelo teórico representado por el “cubo suicida” en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa. El modelo cúbico del suicidio supone un enriquecimiento de la perspectiva psicológica pura con las aportaciones de las orientaciones sociológicas y se enlaza con los modelos psicosociales explicativos del suicidio.

2.3.2 Enfoque psicoanalítico

Freud (citado por Menninger 1972) refiere que tanto el instinto de muerte²¹ como el instinto de vida están en constante conflicto e interacción. Ambas tienen una dirección interna y externa. En estos conceptos, se da un tipo de equilibrio, frecuentemente inestable que es alcanzado y mantenido, hasta que es perturbado

²¹ Sigmund Freud postuló que la agresión era una “reacción primordial” del ser humano ante su imposibilidad de buscar el placer o evitar el dolor. Más adelante, sin embargo, sus investigaciones le llevaron a la conclusión de que en todo individuo existe un instinto innato de destrucción y de muerte. J. Laplanche, J-B. Pontalis (1977). *Diccionario de Psicoanálisis*, Ed. Labor, S.A.

por nuevos desarrollos; que reacomodan y causan, tal vez, un resultado diferente. De acuerdo con este concepto, existe desde un principio en todos nosotros posibles tendencias hacia la propia destrucción, que puedan llegar a hacerse efectivas como suicidio solamente en casos excepcionales donde se conjuguen circunstancias y factores determinantes.

Según Brown (1967, p. 124), Freud explica que la agresividad salva al organismo de la innata tendencia autodestructiva del instinto de muerte, la cual se logra al extrovertirla.

Farberow y Shneidman (1994), explican que según las teorías psicoanalíticas el suicidio radica en el instinto de muerte, cuando este predomina sobre el instinto de vida. En el caso del suicidio, a diferencia que en casos de homicidio, el instinto de muerte es volcado contra uno mismo.

Menninger (1972) define el suicidio como la escapatoria de una situación vital intolerable y propone que éste tiene como fin el matar a los objetos introyectados a través de la propia muerte, ya que pareciera más fácil matar indirectamente a la víctima, evitando así las consecuencias del acto real. Es así como el Yo del propio individuo es tratado como si fuese un objeto externo. Es en el suicidio en donde se combinan el asesino y el asesinado en una sola persona. Es así como el autor explica los tres componentes que constituye el suicidio: 1) el deseo de matar, 2) el deseo de ser matado y 3) el deseo de morir.

En este sentido asegura que si preguntamos el porque de matarse a uno mismo y no al otro, la respuesta se encuentra en: a) que existe una resistencia ofrecida por la realidad, el objeto atacado puede ser más poderoso que el atacante, b) el miedo a las consecuencias (el ir a la cárcel por ejemplo) y c) el cargo de conciencia/culpa.

En pocas palabras, Menninger señala que: a) existe un reflejo de las tendencias destructivas sobre el propio individuo de tal modo que el Yo es tratado como si fuera un objeto externo y b) las personas propensas al suicidio demuestran ser altamente ambivalentes en sus vinculaciones, mostrándose positivamente vinculados en forma consciente y con grandes cantidades de hostilidad inconsciente. Estas personas dependen de las circunstancias que sustraen sus inestables objetos de amor.

Menninger (1972) señala que el suicida puede buscar autocastigo. En el autocastigo se busca expiar las culpas que le produce el sentir la agresión hacia sus seres queridos. El autocastigo implica sometimiento y masoquismo. Este mismo autor refiere que en otros casos el acto de matarse a sí mismo alberga la ilusión de ser omnipotente, convirtiendo al suicida en amo de vida y muerte.

Según Menninger (1972) en la opinión popular, el suicidio no presenta enigmas, es la lógica y sencilla consecuencia de mala salud, desánimos, reveses económicos, humillación, frustraciones y amor no compartido.

Farberow y Shneidman (1994) explican el marco conceptual de Jung²² refiriéndose al ego como el centro de la parte consciente de nuestra personalidad. Mientras que el self, constituye un centro más profundo del individuo, que mantiene el contacto entre el individuo y el cosmos al que pertenece. A partir del self, se viven las experiencias significativas. Para esto se necesita un contacto mínimo entre el ego y el self.

El self tiene un lado brillante y un lado oscuro. Cuando prevalece el lado oscuro se crea una situación en la que la muerte parece más deseable o menos espantosa que la vida. Para Jung una persona con ideas suicidas tiene el anhelo de un renacimiento espiritual. Este renacimiento implica la muerte del ego que ha

²² Carl Gustav Jung Que propone sus *Tipos psicológicos* (1921), donde trata la relación entre lo consciente y lo inconsciente proponiendo la distinción de tipos de personalidad extrovertida-introvertida.

perdido contacto con el self y por lo tanto el significado de la vida. El ego tiene que retornar al seno de la “magna mater” para establecer este contacto y renacer con un nuevo significado. La tendencia al suicidio aumenta si la persona no tiene éxito en ser o llegar a ser ella misma, es decir alcanzar la autorrealización.

Jung amplía la dimensión del suicidio hasta un campo que se podría describir como espiritual. Aun así, retoma conceptos ya antes mencionados; la vida y la muerte, Eros y Tanatos, ahora expresados en el self como lado brillante y el lado oscuro.

Por su parte, Frankl (1982) habla de que el hombre existencialmente frustrado es aquel que no sabe con que llenar el vacío existencial, que se refiere a la falta de sentido por la propia existencia. La frustración se manifiesta en apatía y aburrimiento. Esto refleja que la persona no ha buscado o no ha descubierto el sentido de su vida o ha hecho de algunos medios los fines de su búsqueda, por ejemplo, placer, prestigio, poder, etc. En la medida en la que no se vive para buscar el sentido el hombre se enferma. Las personas que presentan esta frustración existencial, tratan de huir de sí mismos, buscando olvidar el vacío interior. Este vacío existencial lo encontramos en los alcohólicos, drogadictos o en quien recurre al suicidio.

En resumen, desde la perspectiva teórica del suicidio no solo se puede explicar por el acto en sí, sino que constituye la suma de una serie de aspectos. Como lo son las motivaciones internas, conscientes e inconscientes, y los factores externos, como la influencia social y las relaciones interpersonales. Estas teorías no son opuestas, por lo contrario, permiten entender el suicidio como un fenómeno multicausal y complejo.

2.3.3 Enfoque sociológico

Durkheim (1897) define el suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado. Así mismo asegura que este tipo de muerte refleja la relación de la persona consigo misma y con su comunidad. Al estudiar el suicidio utiliza una clasificación etiológica en lugar de morfológica, porque de esta forma se conoce mejor la naturaleza del acto. Es así como, para entender las causas individuales del suicidio se recurre al contexto social del individuo. El suicidio como tal, está relacionado con la situación económica, el estado civil, la edad, la raza y la religión. Finalmente la sociedad influye en las actitudes hacia la vida y la muerte; y dentro de esta sociedad son la familia y la religión los medios más poderosos de transmisión de actitudes.

Durkheim (1897) indica dos clases de causas para llegar al suicidio:

- a) Disposiciones orgánico-psicológicas
- b) La naturaleza del medio físico.

2.4 Tipos de suicidio

A continuación se hará una revisión de los datos disponibles sobre suicidios e intentos de suicidio por James M. A. Weiss, Wroblewski, el Centro de Prevención de Suicidio de Los Ángeles. EUA, Farberow y Schneidman:

Según (James M. A. Weiss, citado en Navarro 1995):

- a) *Suicidios abortados*.- Estas personas intentan cerrilmente destruirse y lo lograrían si sus esfuerzos no se vieran frustrados por acontecimientos fortuitos, como atenciones médicas o por cierta

ignorancia o ineptitud de su parte. Además, en casi todos los intentos de suicidio va incluido un llamado de ayuda.

- b) *Verdaderos intentos de suicidios.*- Este grupo de personas no están totalmente determinadas a destruirse a sí mismas, pero a sabiendas, se juegan la vida en aras de un premio, esperando ganar y vivir a pesar del peligro involucrado. En general, estas personas buscan apoyo y dependencia.

- c) *Gestos Suicidas.*- Estas personas, tratan de evitar cualquier peligro al hacer su gesto; se caracteriza por tratar de emplear el chantaje o alguna otra forma de influir sobre los demás, a fin de llevar a cabo una evasión o explotación consciente. (Navarro 1995).

Por su parte Wroblewski (1995) refiere que existen dos tipos de conductas autodestructivas: *directas*, que son las que conllevan una muerte inmediata, e *indirectas*, como el beber, fumar, consumir drogas, etc.

Por otro lado, el Centro de Prevención de Suicidio de Los Ángeles. EUA, considera que las muertes por suicidio son de tipo, ya sea, *intencional o subintencional*. La primera se refiere cuando la persona de forma activa y deliberadamente actúa su propia muerte, mientras que la segunda es cuando la persona participa en forma parcial, inconsciente o encubiertamente en su propia destrucción (citado por Grollman 1971).

Farberow y Shneidman (1994) señalan que existe otro tipo de suicidio, *el suicidio lento*, en el que la persona se deja morir con conductas orientadas a la muerte. En este caso las personas podrían suicidarse sin estar siquiera conscientes de ello. Ejemplos de esto sería el trabajar en exceso, el comer en exceso y el fumar en exceso. Un tipo de suicidio específico es el “auticidio” que se

refiere a correr riesgos al manejar demasiado rápido, siendo el automóvil un instrumento ideal para los intentos de autodestrucción.

2.5 Diferentes tipos de comportamiento suicida

Existen muchos autores que afirman que el suicidio no implica solo el acto, sino que detrás de este hay todo un proceso.

Menninger (1972, p. 20) señala que “el hombre que finalmente perpetra el suicidio ha iniciado su propia autodestrucción mucho tiempo atrás”.

Grollman (1971) afirma que el suicidio no ocurre de forma repentina o impulsiva; ni tampoco impredecible o inevitable. Es el último paso de una falla progresiva de adaptación.

El suicidio es una conducta que varía de grados. La conducta suicida es un continuo del 0 al 100, en donde el 100 es la muerte. Toda conducta por debajo de 100 es un intento desesperado de encontrar otras soluciones que no sean la muerte” (Wroblewski 1995 pp. 145).

Definir la conducta suicida es un esfuerzo constante, más aún cuando se reconoce que como problema es tan sólo ‘la punta de un *iceberg*’ debajo del cual se encuentran numerosos factores que le sostienen y que, a su vez, inciden en la magnitud del problema. Precisamente hace poco más de un siglo Émile Durkheim (1897), amplió la perspectiva individualista de la tradición médica en su tiempo y propuso que el suicidio es un acto totalmente consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte. Durkheim aclara que no es respuesta sólo de factores individuales, sino que estos se entrelazan con condiciones alienantes de la sociedad que favorecen su desintegración y que desde la perspectiva sociológica contribuyen a describir y a explicar las tasas de suicidios e intentos en distintos contextos socioculturales y periodos de tiempo.

Esta perspectiva ha sido desarrollada con amplitud por Diekstra (1990). Reconoce que esta problemática es sumamente inquietante, ya que el suicidio no es una 'condición natural' de muerte aunque existan numerosas disertaciones incluso filosóficas acerca del 'derecho a morir' y se hallan llevado a cabo diversos estudios para identificar factores que ayuden a explicar las actuales tendencias epidemiológicas.

Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas elegidas que tienen como meta provocar la muerte propia en el corto plazo Diekstra (1995). Sin embargo, no todos los comportamientos a los que se alude con dichos términos han sido motivados por una decisión consciente de morir; muchas veces ni siquiera pretender generar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza, enojo. Debido a ello la literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una categorización:

- ⇒ Ideación suicida
- ⇒ Intento suicida
- ⇒ Parasuicidio
- ⇒ Suicidio

2.5.1 Ideación suicida

Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos de la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Goldney y cols., 1989).

Diversas investigaciones han detectado que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo, directamente vinculado con el intento de suicidio, mismo que a su vez ha sido identificado como el mejor predictor del suicidio consumado;

es decir, que quien tienen pensamientos suicidas, puede tener mayor incidencia a intentar suicidarse, y quien lo ha intentado una vez puede hacerlo nuevamente con fatales consecuencias (González-Forteza y cols., 1996).

Es “normal” que se piense en la propia muerte e incluso en el suicidio. Deja de ser normal cuando se tiene el método y plan definidos de cómo llevarlo a cabo. Muchos suicidas poseen una “visión túnel”, en donde no ven más allá de la muerte como la escapatoria. Por esto el suicidio no es una elección, porque se decide cuando aparece no haber otra salida. Antes de llegar al punto de la desesperanza, una persona suicida se muestra ambivalente ante la idea de morir (Wroblewski, 1995 p. 47). Según Alfonso Reyes (1996) este es el momento preciso para la *prevención*. Sulkes, A. y Lazard, P. (1978, p. 173) definen la prevención (asistencia antes de) como “hacer aquellas cosas que vayan a prevenir o evitar el evento perjudicial o hacerlo no necesario o imposible de que ocurra”.

2.5.2 Intento suicida

El acto suicida resulta de la suma de los diferentes elementos ya antes mencionados. El acto suicida puede variar en las causas, en el tipo y en el método.

Para Marchiori (1998) el intento autodestructivo o también denominado tentativa de suicidio es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte.

La diferencia fundamental con el acto suicida es que la tentativa no tiene como consecuencia la pérdida de la vida. El “intento de suicidio” y el “acto suicida” son dos comportamientos distintos. Se considera que las causas y los motivos ideológicos en la tentativa, están sumamente diferenciados del acto suicida. Suicidio significa la muerte y el intento de suicidio el acto no fatal autodestructivo. Aunque el suicidio parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también

una acto de agresión contra los otros. La mayor parte de los estudios sobre suicidio expresan que tanto el intento como el comportamiento suicida implica un daño hecho a sí mismo en forma deliberada. En numerosos casos de tentativa no se produce daño, nos referimos al daño físico, ya que las consecuencias emocionales y sociales son significativas.

El frustrado intento suicida implica diversos motivos: el acto puede haberse llevado a cabo sin decisión, el individuo desconocía las limitaciones del medio-instrumento, ambivalencia frente al acto suicida. Si bien es cierto que todo intento de suicidio es un comportamiento que pone en riesgo la vida y que todo intento debe tomarse con seriedad para asistir con medidas terapéuticas, también es necesario puntualizar que no todos los intentos presentan las mismas características, desde el punto de vista del peligro para la vida del sujeto.

Entonces la complejidad de este comportamiento en sus diversos procesos y su amplitud permiten observar, en el ámbito de una sistematización, los siguientes aspectos, que según Marchiori (1998) existen:

Tentativa Gravísima de Suicidio: por su proceso y la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, difiere en cuanto al resultado mortal en cada acto suicida. El individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte. El individuo presenta, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.

Tentativa Grave: aquí, las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad.

Tentativa Leve: en estos casos las armas o medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.

Tentativa sin Daño: son los casos en que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

2.5.3 Conducta suicida

Wroblewski y McIntosh (Wroblewski, 1995) indican que las señales que dan los suicidas antes de morir son:

1. Afirmaciones de impotencia.
2. Afirmaciones de desesperanza.
3. Afirmaciones de devaluación
4. Comentarios sobre suicidio.
5. Preocupaciones por la muerte.
6. Cambios de ánimo, mostrándose contentos y tranquilos.
7. Pérdida de interés por cosas que antes les importaban.
8. Visitas o llamadas a personas significativas.
9. Dejar asuntos personales resueltos.
10. Regalar sus objetos preciados.

El verdadero estado suicida en que existe el riesgo al acto es temporal y este es el momento para actuar con la *intervención*. Esta intervención no solo se refiere a brindarle a la persona amor y cariño sino también un tratamiento médico.

Algunos de los factores de riesgo mencionados en la sección anterior son naturalmente conductas suicidas, como los intentos y las amenazas de suicidio, el alcoholismo y la ingestión de sustancias. Menninger (1972) agrega estos, el ascetismo, el martirio y algunos procedimientos quirúrgicos.

El intento previo es el mejor predictor del suicidio. Más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado en varias ocasiones (entre 10 y 40% lo

logran). Estos datos sugieren una secuencia en la conducta suicida 1) la ideación suicida, 2) las amenazas suicidas, 3) los intentos de suicidio y 4) el suicidio consumado. Se establece que una persona debe seguir los pasos previos antes de llegar al extremo final de la secuencia. Sin embargo este modelo es cuestionado, ya que se observan diferencias entre quienes intentan un suicidio y quienes lo consuman, muchos adolescentes intentan el suicidio como una llamada de ayuda.

Uno de los elementos cognoscitivos más asociados con la conducta suicida es la desesperanza; sin embargo, también se observa que no siempre es un predictor significativo de intento suicida. Cole (1989), encontró otros factores cognoscitivos (i.e. creencia en la autoeficacia, habilidades de enfrentamiento, etcétera). Que influían en la relación entre desesperanza y suicidio, especialmente entre los hombres. Por otra parte, la incapacidad para resolver problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, también han sido asociados con la conducta suicida (González-Forteza, 1995).

2.5.4 Parasuicidio

El Parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las quemaduras.

Casullo y cols. (2000), el parasuicidio: comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal, pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos

deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

Para Van Edmond y Diekstra (1989), el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto que lo lleva a cabo, pero con la conciencia e intención de no ser mortal: así se indica que el parasuicida hace intentos de dañarse a sí mismo, sin que el objetivo final sea el de quitarse la vida.

2.6 Panorama epidemiológico del comportamiento suicida.

En los Estados Unidos, el suicidio entre los adolescentes de 15 a 24 años ha tenido un incremento de más del 100% entre 1950 y 1980, mientras que la tasa general de suicidio para toda la población ha cambiado muy poco desde 1950. De 1960 a 1988, la tasa de suicidio se incrementó de 5.2 a 13.2 para el grupo de 15 a 24 años. Para la población masculina de edad entre los 15-24 años, la tasa de suicidio fue de 3.0 en el periodo de 1950 a 1954 y de 11.9 en el periodo de 1985-1989, para la población femenina, ésta fue de 1.0 y 2.4, en el mismo lapso (Deyken, Buka, 1994).

La situación del suicidio en México presenta algunas particularidades con relación a la de Estados Unidos. Ya que el suicidio es una causa de muerte poco importante para el total de la población, sin embargo, ha cambiado sustancialmente. En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en el país para ambos sexos, cifra que ascendió en 1,991 a 2,120 lo que representa un aumento del 282%. Durante el mismo periodo la tasa de suicidios en ambos sexos, pasó de 1.13 a 2.25 por 100,000 habitantes en 1991 indicando un aumento de 125%. En términos de la mortalidad, el suicidio pasó del 0.11% al 0.52% de todas las defunciones. Sin embargo, este aumento es más notable en la población masculina, en donde la tasa se incrementó en 170% durante este periodo, contra 70% en la población femenina. Entre la población más afectada,

las tasas más altas se encuentran, por regla general, en la población mayor de 65 años de edad, aunque hay incrementos en la tasa de la población mas joven (Borges, Rosovsky y cols., 1994) (*cuadro 2*). En el caso de la población menor de 15 años, sólo a partir de la segunda mitad de la década de los 70s, se comienzan a reportar casos de suicidio en hombres y en mujeres. La tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.83; entre 1970 y 1990, mostró un aumento del 90% (González-Forteza y cols., 1996).

En México, para el grupo de 15 a 24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1990 con 586 óbitos, precedida por los homicidios con 3,722 óbitos, accidentes en vehículo automotor con 3,142 óbitos y por ahogamiento con 1,110 óbitos.

De acuerdo a los datos más recientes, en 1991 hubo 15,008 muertes por homicidios; 14,126 muertes por accidentes en vehículo automotor y 2,114 muertes por suicidio en México. Comparativamente en los Estados Unidos en 1990, el panorama fue de 45,827 muertes por accidentes de tránsito; 30,906 por suicidio y 24,614 por homicidios. Aunque las cifras anteriores de suicidios consumados, llaman la atención hacia un problema de importancia, es mucho menos lo que se sabe sobre la ideación suicida y sobre otras conductas suicidógenas, como los planes y los intentos suicidas. Los estudios epidemiológicos realizados en las escuelas secundarias y de enseñanza media superior han reportado prevalencias elevadas de ideación suicida, con un rango entre el 26 y el 50% (González-Forteza, Borges, y cols.,1996) (*cuadro 2*), el rango reportado para la prevalencia de por vida de intentos de suicidio se han calculado entre el 6 y 9 % (Vega, Gil y cols. 1993). En la literatura se ha encontrado que estas prevalencias aumentan con la edad, alcanzando su ápice durante los años de preparatoria. En diversos estudios se ha encontrado que las conductas suicidas en las escuelas, son infrecuentes en niños escolares presentándose en un 12% de la población, pero que aumenta progresivamente en estudiantes de secundaria 35%, preparatoria 65% y universidad 50-65% (Garrison, 1989). Las estimaciones del intento suicida

van del 3% para alumnos de educación primaria, 11% de preparatoria y 15-18% de universitarios.

Con relación a los intentos de suicidio, la mayoría son de baja letalidad, y no tienen necesidad de atención médica. Estimaciones del *Center for Disease Control* para los Estados Unidos, por medio de la encuesta del *Youth Risk Behavior Survey* de 1991, que incluye jóvenes del noveno al duodécimo grado escolar, ha ubicado la prevalencia de ideación suicida en 29%, la de intentos de suicidio en 7% y la de intentos que dan lugar a la atención médica en únicamente 2%.

En la población mexicana, según los datos para los residentes del Distrito Federal, reportado por Medina-Mora y cols. (1994) (*cuadro 3*), 36.9% de la población encuestada, en edades entre 13 y 19 años principalmente, reportó pensamientos sobre la muerte, y el 17.3% reportó que pensó en matarse. Según el trabajo de Swanson y cols. (1992); el 23.43% de los jóvenes de Texas reportó pensamientos de suicidio, mientras que el 11.57% de los jóvenes de Tamaulipas reportó conductas similares. Vega y cols. (1993); describen la conducta suicidógena en jóvenes hispanos de Miami, observaron que el 17.3% de los cubano-americanos, el 16.5% de los nicaragüenses y el 17.8% de los "otros hispanos", reportaron ideación suicida. En el mismo orden étnico, el 8.5%, el 8.3% y el 9%, reportó prevalencia de por vida de intentos de suicidio. Según el Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo para los Jóvenes (1990), los hispanos reportaron 30.4% de ideación suicida, 19.5% hizo planes suicidas, el 12% había hecho uno o más intentos suicidas y el 2.4% requirieron servicios médicos a consecuencia de un intento suicida.

Uno de los primeros trabajos de investigación de los que se tiene información data de 1955 por Ballesteros-Usano (*cuadro 1*), en éste se habla de la frecuencia y los medios utilizados por los adolescentes suicidas en la Ciudad de México. Díaz Guerrero (1984) (*cuadro 1*), publicó los resultados de una

investigación sobre la relación entre los estados emocionales y la conducta psicopatológica en estudiantes de secundaria; encontró que la ideación suicida es una fuente de tristeza y depresión. Arias Gómez (1994) y Saucedo (1997) (*cuadro 1*), respectivamente, publicaron dos trabajos en el boletín del Hospital Infantil de México; en el primero se registró a 20 sujetos que intentaron suicidarse en el período de 1989 a 1993 y se encontró que en 100% de los casos existía disfunción familiar y que 25% tenía antecedentes de un intento previo. En el segundo se discute la importancia de determinar las características epidemiológicas de la conducta suicida y los tipos más frecuentes de psicopatología en los suicidas, como medio para la creación de tratamientos psiquiátricos (González-Forteza y cols., 1999).

Terroba (1986) (*cuadro 4*), en un estudio sobre intento de suicidio con población 15-24 años en el Distrito Federal, encontró que el 28.39% tenía un intento previo, el 29.62% tenía dos o más. Así también encontró: que el 90% presentó ansiedad intensa, 60.49% síntomas de depresión, y el 20.98% depresión intensa. Por su parte Medina-Mora (1994) (*cuadro 4*), en un estudio con adolescentes de 13-15 años en el Distrito Federal encontró que el 47% presentó por lo menos un pensamiento de ideación hacia un año, presentándose una proporción ligeramente mayor de ideación en las mujeres. Los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas.

En México, actualmente existen pocos registros estadísticos oficiales, periódicos y sistemáticos sobre los intentos y los suicidios consumados en la población adolescente; sin embargo los resultados de algunos estudios evidencian que éste problema está presente de manera importante en este sector. En las siguientes tablas se concentrarán los estudios más relevantes en México sobre la problemática de la conducta suicida.

CUADRO 1
Investigaciones realizadas en la República Mexicana sobre la problemática suicida en adolescentes.

Autores	Año	Trabajo	Comentario
Ballesteros-Usano A.	1955	Suicides in adolescence. Proceedings of the International Congress of Mental Health.	Se discute la frecuencia, las edades y los medios utilizados por los adolescentes suicidas de la Ciudad de México, además se propone soluciones provisionales inmediatas para el problema.
Díaz-Guerrero R.	1984	Tristeza y Psicopatología en México. Salud Mental Vol. 7(2)	Se investigó la relación entre los estados emocionales y la conducta psicopatológica en 100 hombres y 100 mujeres estudiantes de secundaria (14-16 años). Los resultados indican que generalmente las mujeres sufren mayor depresión que los hombres. Los sujetos más jóvenes tendieron a sufrir más ansiedad.
Arias Gómez J., Cárdenas Navarrete R., Alonso Vázquez F, Morales Castillo M., y López García A.	1994	Intento de suicidio en adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 51(11)	El objetivo fue conocer la prevalencia del intento suicida en una muestra de 20 adolescentes, con una media de edad de 14 años, quienes fueron atendidos en los servicios de emergencia del Hospital Infantil de México en el periodo de junio de 1989 a septiembre de 1993. Se pudieron identificar ciertos factores asociados con este fenómeno; en el 100% de los casos existía disfunción familiar, en 65% había enfermedad crónica en algún pariente cercano, el 50% tenía antecedentes de un intento previo.
Hijar M., Rascón R., Blanco J., López L.	1996	Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Mental Vol. 19(4)	Se analizan los suicidios consumados durante el período de 1979-1993, registrados por la Secretaría de Salud. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado y año calendario. El promedio diario de defunciones pasó de tres en 1979 a seis en 1993. en cuanto a las diferencias por sexo, se observó que los hombres que más se suicidan son mayores de 70 años, y en el caso de las mujeres, son las jóvenes de 20 a 24 años.
Sauceda M., Montoya MA., Higuera F.	1997	Intento de Suicidio en la niñez y la Adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 54 (4)	Se ha observado un incremento en los actos suicidas de niños y adolescentes. Es importante determinar las características epidemiológicas de la conducta suicida y los tipos más frecuentes de Psicopatología en esta población. Se pueden integrar tres grupos de menores que intentan el suicidio: los deprimidos, los impulsivos y los que presentan cuadros mixtos. Su diferenciación clínica tiene relevancia para propósitos de tratamiento pediátricos y psiquiátricos.

Información obtenida de las bases de datos: ARTEMISA, PSICLIT, LILACS, PAHO, ADDLS, ADSALUD, MEDCARIB, Tesis Posgrado UNAM.

(Citado en González-Forteza, Berenzon & Jiménez. 1999).

CUADRO 2
Investigaciones epidemiológicas publicadas por la decisión de investigaciones epidemiológicas y sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Investigaciones epidemiológicas			
Autores	Año	Trabajo	Comentario
Saltijeral T., Terroba G.	1987	Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980. Salud Publica de México Vol. 29 (4)	Los datos reportan una proporción de suicidios consumados más elevada entre los hombres (2.4/100,000 en 1980) que entre las mujeres (0.5/100,000), a diferencia de lo que sucede en los intentos, donde las mujeres son más representativas (0.2/100,000 vs. 0.1/100,000 en 1980). La etapa de la adolescencia es una de las más afectadas por ambos fenómeno.
González-Forteza C.	1995	Aspectos psicosociales del suicidio en adolescentes mexicanos. Sujetos: estudiantes de secundaria y bachillerato del D.F. Psicopatología. Vol. 15 (4)	La problemática del acto suicida en adolescentes es un tema de investigación muy importante en la actualidad, dada la alta incidencia del mismo. En este trabajo se presenta una exhaustiva revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas en México. Se hace énfasis en la población adolescentes; además de unos factores de riesgo identificado. Finalmente, se exponen algunas reflexiones a considerar para continuar investigando sobre este problema.
Borges G., Anthony J., Garrison C.	1995	Methodological Issues relevant to epidemiological investigations of suicidal behaviors of adolescents. Epidemiological Reviews. Vol. 38(3)	Se presentan los elementos metodológicos más importantes que un investigador epidemiológico debe considerar al desarrollar su trabajo sobre conductas suicidas en adolescentes, tales como: marcos conceptuales básicos, diseños de investigación, elementos de medición, etc., Los cuales, en muchas ocasiones, no son diferentes de los utilizados al realizar investigaciones con adultos.
Borges G., Rosovsky H., Gómez C., Gutiérrez R.	1996	Epidemiología del suicidio en México, de 1970 a 1994. Salud Pública de México. Vol. 38 (3)	En 1970 hubo 554 muertes por suicidio en la República Mexicana; en 1997 fueron 2603. En este periodo, la tasa pasó de 1.13/100,000 a 2.89; 156% de aumento. Sin embargo este aumento es más evidente en la población masculina, cuya tasa de aumentó 169%, a diferencia del 98% de la femenina. El suicidio pasó del 0.11% al 0.62% de todas las muertes en este periodo. En la población de 15-19 años la tasa, en 1970, fue de 1.49/100,000, mientras que en 1994 fue de 3.30.
González-Forteza C., Borges G., Gómez C., Jiménez A.	1996	Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Salud Mental. Vol. 19 (Suplemento)	En este trabajo se muestra un panorama epidemiológico del acto suicida en el ámbito nacional e internacional, enfocado hacia la población adolescente. Además se señalan algunos indicadores de riesgo identificados: trastornos psiquiátricos, conducta suicida previa, consumo de alcohol y drogas; y se presenta una revisión bibliográfica de las investigaciones que se han realizado en México en diferentes poblaciones sobre este tema.

Información obtenida del acervo bibliográfico del Centro de Información en Salud Mental y Adicciones (CISMAD). DIES. INP.

(Citado en González-Forteza, Berenzon & Jiménez, 1999).

CUADRO 3
Investigaciones realizadas en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del
Instituto Nacional de Psiquiatría sobre la problemática suicida en estudiantes adolescentes

Autores	Año	Trabajo	Comentario
Medina –Mora ME., López EK., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon SH., Rojas E.,	1994	La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Sujetos. Estudiantes de secundaria y bachillerato (muestra representativa en el D.F.) Anales. Reseña de la IX Reunión de Investigación y Enseñanza.	Una proporción importante (47%) de estudiantes presentó, por lo menos, un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, 175 reportó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a todos los reactivos de ideación suicida. Este síntoma se presentó en una proporción ligeramente mayor de mujeres, con pocas variaciones por grupos, de edad entre los 13 y los 19 años.
González-Forteza C., Jiménez A., Gómez C.	1995	Alternativas en la prevención del suicidio en adolescentes. Sujetos: estudiantes de secundaria y bachillerato del D.F. Psicología y Salud No. 5	En las últimas décadas la tasa de suicidio en adolescentes se ha incrementado en varios países, incluido México. Para que los esfuerzos preventivos de la conducta suicida resulten eficaces, se requiere de una comunicación adecuada entre quienes toman decisiones políticas, quienes practican los programas de prevención y los investigadores.
González-Forteza C., Jiménez A., Gómez C.	1995	Indicadores psicosociales asociados con la conducta suicida. Sujetos: estudiantes de secundaria y bachillerato del D.F. Anales. Reseña de la IX Reunión de Investigación y Enseñanza.	Dada la importancia de la ideación suicida en jóvenes, en este trabajo se reporta el impacto de algunas variables psicosociales sobre; ésta en adolescentes de la Ciudad de México. Los resultados permiten considerar que para prevenir el malestar depresivo y la ideación en esta población, se requiere de aproximaciones por género que satisfagan sus necesidades y demandas psicosociales.
González-Forteza C.	1996	Factores protectores de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.	El objetivo de este trabajo fue identificar los factores protectores y de riesgo de ideación suicida en adolescentes estudiantes de la Ciudad de México desde la perspectiva teórica de Lazarus y Folkman & Castro y Cervantes.
González-Forteza C., Mariño, MC., Mondragón L., Medina-Mora ME.	1998	Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. Sujetos. Estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de Pachuca. Revista Mexicana de Psicología, 15(2)	La muestra fue de 1848 estudiantes (848 hombres y 1000 mujeres) de educación media y media superior. El 10.1% reportó haber intentado quitarse la vida por lo menos en una ocasión. El intento suicida presenta variaciones importantes por sexo, encontrándose una proporción mayor de mujeres (13.3%) que de hombres (6.3%). Con respecto a la ideación suicida está presente, con mayor frecuencia entre los estudiantes con intento suicida de ambos sexos; fue más alta entre el sexo masculino (53%) que entre las mujeres (41%). Los resultados permiten considerar que la frecuencia de intentos suicidas constituye un problema de salud prioritario, más aun cuando existe una fuerte asociación con el uso de drogas y el malestar depresivo.

Información obtenida del acervo bibliográfico del Centro de Información en Salud Mental y Adicciones (CISMAD). DIES. INP.

(Citado en González-Forteza, Berenzon & Jiménez, 1999).

Cuadro 4
Recopilación de estudios sobre el suicidio realizados en México.

Autores	Año	Datos generales	Resultados más relevantes
Cabildo A. Elorriaga M.	1966	Análisis de suicidios de 1954 a 1963. Población general (jóvenes y adultos). Suicidio consumado	En 1954 se registraron 3.2 actos suicidas por 100 mil habitantes: en 1963 la cifra bajó a 2.1. Después de los 14 años de edad la tasa aumenta, alcanza su máximo de los 20 a los 24 años, desciende en los 49 años.
Belsasso G. Lara H.	1971	Distrito Federal. 200 expedientes de pacientes de consulta externa e internamientos del Instituto Nacional de Neurología. Población gral. Intentos, ideas.	Mayor conducta suicida en mujeres entre 21 y 40 años. 70% presentó problemas de tipo afectivo; 61.5 ingestión de fármacos; 54% con depresión; 26% síntomas psicóticos; 6.5 problemas neurológicos y 5% farmacodependientes.
Elorriaga M.	1972	Recopilación de datos de 1960 a 1969. Adultos. Intentos.	Cada 12 horas hubo un intento de suicidio. La proporción fue de 2 hombres por 1 mujer. De 4 intentos 3 lo logran y 1 lo frustra.
García D. Padrón D.	1974	Datos del Estado de Jalisco. Principales diarios de Guadalajara. Adultos Suicidio Consumado.	Las tasas más altas fueron en la Ciudad de Guadalajara, así como en el grupo de 20 a 24 años. Causas: Hombres-Enfermedad mental / Mujeres-Económicas.
Bramblia C. Padrón D.	1977	Guadalajara (N=10). Hospitales de urgencias. Población general (jóvenes y adultos). Suicidio consumado.	Mayor frecuencia entre 15 y 34 años, aumentando la incidencia entre los 40 y 50 años. El 28.31% demostró presencia de alcohol. 6 casos presentaron enfermedad mental.
Jiménez N. Rico M.	1978	Base de datos de 1974. Distrito Federal. Población general (jóvenes y adultos). Suicidio consumado.	Proporción de 4 hombres por 1 mujer con suicidio consumado. Mayor frecuencia en menores de 35 años. Causas Hombres-mecanismos violentos / Mujeres-intoxicación.
García A. Meléndez R. Cabrera C. Macías O	1981	Guadalajara. Certificados de defunción y la prensa. Adultos. Suicidio consumado.	No hubo diferencias significativas por sexo. Hombres-ahorcamiento / Mujeres-tóxicos. Perfil sexo predominante masculino menor de 40 años, empleado.
Terroba G. * Saltijeral T.	1983	Distrito Federal N=10. Método de autopsia psicológica. Mayores de 14 años. Suicidio consumado.	La confiabilidad de instrumentos (Escala de Evaluación Clínica, Escala de Beck y una escala que diseño el INP) demostraron que recurrir a terceras personas para obtener información del suicida, si es confiable.
Terroba G. * Heman A. Saltijeral T. Martínez L.	1986	Distrito Federal. Poblaciones de diferente nivel socioeconómico. Adultos. Suicidio consumado	Mas mujeres utilizaron sustancias toxicas y psicofármacos en el intento. Hubo más hombres en los suicidios consumados quienes optaron por el ahorcamiento y el arma de fuego.
Terroba G. * Heman A. Saltijeral T.	1986	Distrito Federal. Población de jóvenes (15 a 24 años). Intento de suicidio.	El 28.39% tenía un intento previo, un 29.62% tenía 2 ó más, 90% presentó ansiedad intensa, 60.49% síntomas de depresión, 20.98% depresión intensa.
Terroba G. Saltijeral T. Del Corral R.	1987	Distrito Federal N=80. Ingestión de alcohol y suicidio. Población adulta.	El 55% ingirió bebidas alcohólicas, 43% eran alcohólicos: 94.7% permanecía en estado de embriaguez en días hábiles: 78% bebía en las mañanas; 68.4% descontentos y ansiosos si no bebían; 57% prefería beber que comer.
Saltijeral M. Terroba G.	1987	Base de datos. República Mexicana. Población general. Suicidio consumado e intento.	Dos casos por 100 mil hab. (consumado). 1.5 de cada 100 mil habitantes lo consume sólo 0.1 lo intenta. Finales de los 70s. 3 hombres por una mujer años 80s. 2 hombres por 1 mujer.

Gutiérrez J. Mercado J. Luna F.	1990	Distrito Federal. Hospital Fray Bernardino. Revisión de expedientes, consulta externa e internamiento N=536. Intentos, ideas, deseos suicidas.	Intentos suicidas 14.46%. 7.65% hombres y 7.01% mujeres. Edad promedio 32 años. Edad promedio del grupo etario: 26-35. Un promedio de 6 intentos suicidas por mes: 45% trastornos afectivos; razón de 2 mujeres por 1 hombre.
Narváez A.* Rosovsky H. López J.	1991	Distrito Federal. N=37. 8 hospitales de urgencias de la Ciudad de México. Adultos Intento.	El 40% bebió 6 horas antes del intento; 27% obtuvo estimaciones positivas (> 10 mg de alcohol / 100 ml de sangre) en prueba de aliento.
Borges G. * Rosovsky H. Gil A. Pelcastre B.	1993	Distrito Federal N=80. 8 hospitales de urgencias de la Ciudad de México. Adultos Intento.	El 44% bebió 6 horas antes del intento; 28% obtuvo estimaciones positivas (> 10 mg de alcohol / 100 ml de sangre) en prueba de aliento.
Borges G. * Rosovsky H. Caballero M. Gómez C.	1994	República Mexicana. Población general INEGI / Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. Suicidios consumados.	La tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 a 2.55% en los hombres se incremento un 170%, en las mujeres un 70%. Las más elevadas fueron en la población mayor de 65 años; asimismo, se observó que en la población joven va en aumento.
Medina-Mora ME. * López E. Villatoro J. Juárez F.	1994	Distrito Federal N=3.459. jóvenes 13-15 años. Relación entre ideación suicida y abuso de sustancias.	El 47% presentó por lo menos un síntoma de ideación hace un año. Ligeramente mayor proporción de ideación en mujeres. Los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas.

* Investigaciones realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

(Citado en González-Forteza, Borges y cols., 1996)

CAPITULO 3

RELACIONES INTERPERSONALES

3.1 Relaciones interpersonales en los adolescentes

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal (infancia y pubertad) y del ambiente en donde se gesta el proceso. Quien estudia a la adolescencia no podrá hacerlo bien si carece de un conocimiento general acerca de la forma de vida y ser de los adultos que no solo han formado a los adolescentes, sino también de aquellos con quienes estos adolescentes han trabajado. Así, entre los adultos a considerar están los padres y otros de importancia para el adolescente, como maestros, jefes y figuras importantes en la comunidad.

En Iberoamérica, no todos aquellos que por edad cronológica deberían considerarse adolescentes se desarrollan en un ámbito social que reconozca la adolescencia según el concepto de la cultura occidental urbana y, por lo mismo, no le da importancia. Los adolescentes que crecen en esos medios no disponen del tiempo ni del espacio vital y social para experimentar el ensayo adolescente. Solo se sienten a plenitud aquellos que crecen y estudian en centros urbanos de alguna importancia o forman parte de una fuerza laboral bien integrada, ambos espacios que permiten vivir el ensayo de ser persona y valorarse con y frente a los demás como una exigencia necesaria que lentamente ofrece la posibilidad de reconocerse y de integrar poco a poco a la personalidad. La adolescencia se desvirtuará o se dará con mayores riesgos de los necesarios, cuando aquella se vive en condiciones poco favorables, como que en el medio familiar y social

abunden actitudes, oportunidades, estilos y vías de acción social que predisponen a una experiencia desventurada. A medida que se estudian las comunidades marginadas o la población joven de aquéllas con mayor desorganización social, lo anterior se hace evidente. Así, para una misma generación de adolescentes en un mismo estado de un país, surge un problema: ellos son el producto de un mosaico de diferentes culturas donde unas son favorecidas y en otras se postergan las posibilidades de un crecimiento normal de los adolescentes.

Las instituciones (familia y escuela) son muy diferentes, por lo mismo también lo serán sus formas de sentir y pensar acerca de la adolescencia. Como consecuencia cada una aplica, según su entender, los elementos facilitadores de control para que el fenómeno se dé, promoviendo las tareas prioritarias, que según el criterio de cada institución, servirán para superarla. Son muy pocos los individuos que cursan la adolescencia con el apoyo tanto de la familia como de la escuela, en donde ambos tengan el mismo concepto acerca de qué es la adolescencia y compartan la misma información acerca de cuáles son los objetivos de la etapa.

La adolescencia como proceso personal y social se da en un aquí y un ahora, dentro de un marco cultural y económico. Como todo marco social cuando es sano, tendrá que ser contenedor y, por lo mismo en él habrá normas y límites para que el adolescente, al formar parte de él, obtenga (si este marco de referencia funciona) el sentimiento de pertenencia, arraigo y seguridad, y experimente la libertad. Se ha mencionado que la adolescencia y las consecuencias al vivirla afectan de muy diferentes formas a las personas. El éxito o la problemática que presentará un adolescente dependerá, en gran parte, del marco de referencia que lo ha contenido desde la infancia y deberá contenerlo en el presente. Un buen marco de referencia ofrece siempre mejor calidad de vida (esta no se relaciona con la situación económica) al impulsar un desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas existenciales. Como resultado de esa contención funcional se obtienen gradualmente la maduración emocional y

afectiva que facilitan el desarrollo de muchas capacidades, entre ellas la de comunicación y la de establecer estilos de relación humana, no solo intrafamiliar. Estas capacidades son fomentadas en los menores por los padres, quienes les orientan hacia los espacios de socialización infantil. Este proceso de individualización infantil, cuando es bien guiado, también promueve el interés por vivir y la responsabilidad de sí mismo y de la vida. El marco de referencia familiar para llevar a cabo su labor puede o no tener el apoyo de la comunidad escolar. Pero cuando la escuela es un núcleo positivo y contenedor de los niños, ayuda y complementa la tarea de humanización de la familia. Cuando se da la unión de esos dos marcos de referencia, el preadolescente (el púber) se siente con entusiasmo y fuerza para desarrollar las capacidades que le permitirán vivir la adolescencia con seguridad.

Para que ocurra la posibilidad de vivir la experiencia adolescente dentro de un marco de valores y de uno donde se establezca de manera clara una conciencia de finalidades se necesita marcar límites precisos que garanticen un nuevo campo de libertad revestido de características como solidez y flexibilidad, para que en la medida que el desarrollo psicosocial adolescente demande mas espacio para realizar las tareas (las existenciales evolutivas que la etapa impone) de mayor grado de complejidad, los adolescentes sientan que hay continuidad en el proceso y que los límites señalados, lejos de ser un impedimento, sean elementos de contención que brindan apoyo y guía para seguir creciendo.

Por eso las familias que saben convivir y orientar la vida de sus hijos crean espacios para que la adolescencia se produzca con naturalidad a lo largo de todo el proceso de la misma. Las comunidades sanas también procuran la creación de tales espacios, acción que brinda apoyo a las familias para aceptar la subcultura adolescente que cada generación crea como testimonio de su sentir, pensar y actuar. Esta creación de espacios consiste en abrir escenarios y canales para que esta subcultura pueda vivirse por parte de los adolescentes como una que aporta valores a la comunidad. Si la familia, la comunidad o el mismo adolescente, trata

o logra posponer, evadir o deformar el compromiso para que reasuma la adolescencia, conseguirán alterar no sólo la secuencia y las finalidades propuestas por la etapa de desarrollo, sino también darán oportunidad de abrir la puerta de la enfermedad psicosocial de la adolescencia.

¿La integración al grupo de pares se opone a la integración familiar? A menudo se tiende a oponer la integración en el grupo de pares a la integración en la familia. Bien es cierto que, en algunos puntos esta oposición es inevitable, sin embargo, no hay que considerar estas dos formas de socialización como mutuamente excluyentes.

De acuerdo a una encuesta realizada por Rodríguez-Tomé (1972): se encontró que en las edades de 12 a 21 años el sentimiento de integración a la familia es más fuerte que el sentimiento de integración al grupo de compañeros aunque disminuye regularmente con la edad (Lehalle 1986).

Es evidente que en gran número de puntos hay acuerdo entre las opiniones del adolescente y la familia. Por otro lado respecto del proceso de segregación o de oposición entre grupos de edad (y no ya simplemente en el seno familiar) no implica una varianza cultural entre los distintos grupos de un grupo de edad. Si existe unidad, se trata de una unidad en los procesos, en la estructura, y no en el contenido, en la cultura; Monod (1971).

3.2 Importancia de la familia

La familia, desempeña un papel vital desde que el niño nace, por ser la estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), por ser el modelo natural de la interacción grupal y por ser la fuente de identificaciones más importante para el niño. La identificación empieza cuando el pequeño intenta por primera vez imitar el comportamiento de sus padres. La imitación es sustituida por la función del rol, cuando el adolescente ya actúa de

manera muy diferente a como lo hacen sus padres. En este ámbito donde por ser un núcleo de socialización, conocimientos e información, entran en juego desde un principio, valores personales y sociales que guiarán la conducta del individuo a través de la vida. La influencia familiar en el adolescente dependerá de las imágenes que éste se haya formado de ella, para satisfacer sus necesidades personales por medio de moldes de comportamiento que lo preparen para la vida adulta.

La naturaleza de las relaciones familiares antes de la pubertad influye mucho en el modo en que el niño experimenta la adolescencia. Cuanto mejor es la comunicación entre padres e hijos, más positiva será la imagen que éstos tengan de sí mismos. La buena comunicación parece reflejar un armonioso funcionamiento del sistema familiar, en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos. Este tipo de familias suele caracterizarse por estilos peculiares de educación.

El papel de la familia en un individuo ha sido efecto de estudio de diversas disciplinas. En la psicología, en particular, se hace notar su papel como agente socializador y la manera en la que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento.

Por su parte Noller y Callan (1991) hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente, y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando estas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para su bienestar.

En este sentido, cabe señalar que en un estudio llevado a cabo por González-Forteza, Ramos Lira y cols. (2002), con adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato, encontraron que los mejores predictores protectores de sintomatología depresiva en ambos sexos fueron: el percibir a su padre afectuoso, justo y demostrativo de amor; y percibir a su madre interesada en conocer a sus amigos (as), capaz de poner límites en los encuentros sociales (p. Ej. Saber a dónde van y con quién) y de fijar la hora de regreso a casa.

3.3 La familia y el adolescente

Puede ser que durante la niñez la situación familiar haya sido estable y libre de conflictos graves, sin embargo, la entrada al período adolescente es dolorosa, tanto para los padres como para el adolescente mismo, por varias razones que se suscitan dada la brecha generacional. En primer lugar, estamos ante una situación de que para los padres es difícil aceptar los procesos conflictivos regresivos y progresivos del hijo, ya que ambas partes se encuentran ante un contexto donde no saben como comportarse. En segundo lugar, este cambio del hijo suele producir angustia y ansiedad por la incipiente genitalidad y expansión de la personalidad del adolescente; puede suceder que les remueva o reedite a los progenitores aspectos de su propia evolución, problemas pasados que no elaboraron o superaron satisfactoriamente, o bien el temor a que los hijos cubran o no lo que se espera de ellos. En tercer lugar, cuesta mucho trabajo aceptar que los hijos, pequeños y manejables hasta hace poco, ahora se convierten en seres con deseos de autonomía y libre expresión de palabra y acción, capaces de pensar y juzgar, entonces, los padres deben elaborar la separación progresiva imprescindible para ambas partes.

Si los padres comprenden el cambio y lo viven sin miedo, conservando la firmeza sin autoridad ni tiranía, la situación será favorable para que el adolescente se establezca en su anhelada independencia mediante la potencialización de un

yo claramente diferenciado. Por otro lado, el adolescente se aleja de su familia también por varias razones, entre ellas, la necesidad y lucha vivida para lograr independencia, pues se siente que está prisionero dentro de las normas impuestas por el grupo primario, el cual, lo empuja a despreciar y manifestar hostilidad hacia éste no en pocas ocasiones.

Uno de los cambios que ocurren en las relaciones entre padres e hijos, es el conflicto que surge por el control de los recursos que el adolescente quiere o considera como suyos. Con una autonomía cada vez mayor, al adolescente se le hace casi imposible someterse a la autoridad paterna, pretenden cierta cantidad de dinero para gastar libremente, el uso del automóvil familiar y el derecho de entrar y salir a su gusto. Por ello, se apartan de los padres y toman a su grupo de pares como marco de referencia para adoptar las normas y criterios de sus compañeros. También, la reactivación del complejo edípico lo aleja de su familia, pues siente culpa y angustia ante este hecho, de aquí, gira hacia su grupo de coetáneos para tener nuevas identificaciones. En ese proceso de abandonar a sus familias, los adolescentes se fijan en otros de su propia edad, los cuales influyen en sus actividades y sobre la imagen que tienen de sí mismos.

En los grupos que ven las necesidades de identificación, se proyectan objetos y fantasías básicas para el desarrollo integral. Otra razón, es que el adolescente “busca una víctima fuera de sí mismo sobre la cual desahogar su ira, puesto que el enojarse con otro, niega su decepción propia” (Josselyn, 1979, p. 63). Esta protesta contra sí mismo, por reconocer su propia debilidad, impotencia e inseguridad frente a sus padres, trata de negar estos sentimientos por medio de la rebeldía, inconformismo, incompreensión, por eso esto no es sino una defensa para eludir la depresión por el “desprendimiento de los padres infantiles y por la desidealización de las figuras parentales, junto con la tendencia a permanecer ligado, reasegurado” (Aberastury, 1997, p. 24).

Ahora bien, como el control que ejercen los padres influye notablemente en el desarrollo de la personalidad del adolescente y en su desarrollo social, debe tenerse en mente, la toma de precauciones en cuanto a la relación familia-hijo, pues éste último es vulnerable para asimilar los impactos proyectivos de personas significativas para él; es un “receptáculo” propicio para asumir los aspectos más enfermos de su medio, y verse entonces envueltos en graves problemas como drogas, conductas antisociales, prostitución, etc. La calidad de los vínculos familiares determinan las ulteriores relaciones, por lo tanto, las actitudes de la familia (padres, hermanos), será decisiva para facilitar u obstaculizar la madurez del individuo. Cuando la relación entre los padres es conflictiva y predomina la figura ausente ya sea por fallecimiento, viajes, separación, divorcio, desintegración, desinterés, incapacidad; se crean tensiones emocionales que perturban el equilibrio de todos sus miembros, lleva a una gran inestabilidad que afectará sin duda sus siguientes elecciones y relaciones de pareja. La estructura familiar débil produce la insatisfacción de las necesidades afectuosas y de seguridad e infunde sentimientos de inseguridad, soledad y vacío emocional.

En cuanto a la educación y papel de los padres en la familia, tenemos que existen progenitores autoritarios y permisivos; los primeros dirigen y restringen totalmente al adolescente, los segundos, son despreocupados y negligentes, dan demasiada libertad, lo cual es vivido como abandono. A más presión parental e incomprensión al cambio, más violencia y desesperación en los adolescentes. Al respecto, dice Marcuse: “Si son violentos, es porque están desesperados” (ídem, p. 29). Elder (1963), señala que cuando los padres ejercen un poder legítimo (democrático) y explican la razón de sus peticiones, éstos tienden a imitar la conducta de sus padres, entonces los adolescentes son independientes y confiados en sí mismos, con grandes motivaciones en todos los ámbitos. La disciplina y compañerismo lo hará ser más confiado y con sentimientos de ser aceptado por los demás.

Por último, se destacará que para que la familia ayude verdaderamente al adolescente, debe ser estable y existir una relación gratificante padres-hijos, con una buena comunicación para que se lleve a cabo una adecuada identificación, facilitando al adolescente una idea de sí mismo halagadora y claramente definida, con menos conflictos entre sí mismo, aquellos que le rodean y la sociedad en general.

3.3.1 Cambios en las relaciones familiares

El nuevo cuerpo del adolescente, las cambiantes relaciones sociales y la nueva capacidad en el pensamiento abstracto, afectan la naturaleza de las relaciones familiares. Niños más o menos amoldables que veían a sus padres como inteligentes, dispensadores de afecto, disciplina y bienes materiales, se convierten en “casi adultos”, cuya búsqueda de autonomía y menor dependencia emocional les conduce a imponer sus derechos, cuestionarse las normas familiares y ver a sus padres como seres humanos imperfectos. Al respecto Hauser (1991) señala que las respuestas de los padres a estos cambios en los cuerpos e intelecto de sus hijos pueden reflejar su propia ambivalencia para darse cuenta de que sus hijos van creciendo. Algo de tensión es inevitable a medida que surgen nuevos e inesperados problemas, pero la tormenta continua tampoco es frecuente. Hill (1985), menciona que en tres de cuatro familias, la transición de los hijos a la adolescencia con los respectivos cambios en los roles familiares, sólo causan conflictos menores o esporádicos.

No obstante, la pubertad parece ir seguida de interrupciones pasajeras de las relaciones, caracterizándose por mayores conflictos entre las madres y los intentos infructuosos de ambos padres para controlar e imponer disciplina; Anderson, Hetherington y Clingempeel (1989). Los padres se encuentran con que su capacidad para dirigir la conducta de sus hijos disminuye y no conocen tanto sus actividades. Los adolescentes dicen que sus relaciones con los padres se

vuelven más distantes, aunque estos no ven tanta ruptura como sus hijos. Los informes de distanciamiento de los niños están muy relacionados con la maduración puberal y pueden reflejar la nueva orientación del adolescente respecto a los compañeros, así como a las fluctuaciones en los estados de ánimo debidos a cambios hormonales Steinberg (1988).

Los conflictos suelen desencadenarse entre los hijos y sus madres. El resultado acostumbra a ser un cambio de poder dentro de la familia. Cuando Steinberg (1981) siguió treinta y un casos de familias de clase media de dos padres en las que el hijo mayor era un varón en plena pubertad observó que la maduración sexual del mismo desembocaba en conflicto entre madre e hijo. La pareja empezaba a involucrarse en discusiones familiares y el hijo sentía cada vez menos diferencia hacia su madre. Finalmente, esta se retiraba y empezaba a respetar la experiencia de su hijo. Sin embargo, el padre mantenía la autoridad sobre éste –de hecho su poder parecía aumentar-. Steinberg (1988), considera que en el caso de las adolescentes, la distancia entre madre e hija está tan correlacionada con el desarrollo puberal que algunos investigadores han sugerido que la distancia emocional acelera el desarrollo, la cercanía lo hace más lento o que la menarquía (con influencia social y hormonal) afecta su relación. Todas las explicaciones son correctas, la menarquía provoca un periodo de conflicto entre madre e hija. En un estudio entre las estudiantes de séptimo, las que habían empezado a menstruar veían a sus madres con menos capacidad de aceptación y la familia más estricta y controladora que las que aún no habían tenido la menarquía (Hill et al., 1985). Participaban menos en las actividades familiares, parecían estar menos influenciadas por la familia y no recurrían tanto para pedir ayuda. Otros estudios han puesto de manifiesto que por una parte los padres pierden eficiencia para dirigir la conducta de su hija adolescente y que las madres –no los padres- les muestran menos afecto; Anderson, Hetherington y Clingempeel (1989).

Cualquier discordia familiar que vaya unida al nuevo *status* del adolescente suele ocurrir dentro del contexto general de la armonía familiar. Mas de dos tercios de los adolescentes se sienten cómodos discutiendo con sus padres asuntos como las relaciones familiares, sus metas y aspiraciones para el futuro y sus relaciones con los compañeros de su mismo sexo. Sin embargo, no es así cuando hablan de temas sexuales o de sus relaciones con el otro sexo; Hoffman (1996).

3.4 El adolescente y su grupo de pares.

Harlow (1974), estima en la adolescencia la existencia de varios tipos de afectividad entre los cuales está la afectividad entre pares, entre compañeros de juegos que tienen un lugar privilegiado a causa de su influencia sobre el desarrollo de los comportamientos socio-sexuales. En efecto presumiblemente, las interacciones sociales del adulto están, en parte, determinadas por las modalidades de las interacciones entre pares durante la infancia y la adolescencia.

Por otra parte Lehalle (1986), propone que si se considera el estatuto de los adolescentes y el hecho de que intentan distanciarse del compromiso familiar sin estar verdaderamente comprometidos ni reconocidos socialmente, es evidente que los grupos de compañeros constituirán un medio de vida privilegiado, necesario para un desarrollo armonioso y particularmente cargado desde el punto de vista afectivo.

Pese al apoyo oportuno y positivo de los adultos en la familia o escuela, toda experiencia adolescente está llena de acontecimientos y vivencias matizadas de múltiples detalles que requieren del apoyo de nuevos vínculos, particularmente extrafamiliares. Por lo general, estos nacen y se conforman de manera acelerada en la adolescencia media de los 15 a los 18 años, sobre todo con aquellos que viven el mismo proceso. Por ello, los pares aparecen por vez primera con gran fuerza en la convivencia social y afectiva, y esto hace que la mayoría de los

adolescentes trasponga temporalmente la presencia de los padres, quedando la familia en segundo termino.

Para el adolescente la opinión, la aceptación y el reconocimiento de los padres es muchas veces un valor social impostergable, así sorprenda a los padres o adultos. Aparece así, en el marco de referencia, una poderosa influencia: *los pares*. Los códigos y sistemas de confianza que se comunican son tan variables como los grupos de adolescentes que se forman, las transferencias y constratransferencias emocionales, la creación de un campo de confraternidad ideológica, de hábitos de diversión o deporte hacen que la experiencia individual se convierta en una experiencia compartida. Es una demanda que exige que mucho de aquello que se piensa, sienta y haga se convierta en grupal. La validez de casi todo lo que se practica esta en función de lo compartido y del reconocimiento de los pares. Pertenecer al grupo es garantía de ser y también significa que al ser escuchado, no se es enjuiciado; por el contrario, hay la oportunidad de ser valorado y otorga pertenencia al estar con el grupo comprometido.

Esta fuerte socialización grupal del adolescente es una de las oportunidades que tiene para conocer y experimentar las redes sociales que forman otros valores culturales, éticos o religiosos, es decir, es su primera y a veces única opción de conocer y vivir valores diferentes a los inculcados por la familia. Desde luego que el ejercicio de esta oportunidad dependerá mucho de la apertura que tenga a la creación de una escala de valores congruente con los de su generación.

Hay que admitir que los adolescentes se desarrollan en “equipo” pese al marcado egocentrismo que se da en esta etapa. Impedir este crecimiento “colectivo” es bloquear la oportunidad de que el tránsito sea espontáneo, fluido y, sobre todo, enriquecedor. La experiencia permite describirla como un fenómeno

personal pero a la vez claramente vinculado con los pares, por que tiene también un evidente sello que la distingue como la formadora de una nueva generación.

En esta etapa de la vida, son básicos los agentes de socialización: profesores, amigos, líderes de la comunidad, pero muy especialmente los grupos de pares, que son una importante fuente de identificación extrafamiliar. Estos últimos son indispensables en el círculo del adolescente, pues necesita, quizás más que en cualquier otro momento de su vida compartir sus emociones, confusiones, dudas, sueños, buscar apoyo y respuesta a sus interrogantes; la identificación con un ser semejante a uno mismo, quien comparte los mismos problemas y angustias, explica el enlace tan intenso que existe entre el grupo de pares, excluyendo al mundo adulto por completo para el que no en pocas ocasiones, los conflictos del adolescente son exagerados y nimios; además de que el compañero sufre y experimenta cambios muy semejantes a él, mientras que los padres no.

Entonces, es el grupo, en donde el adolescente halla un refugio necesario para descubrir, interpretar y controlar su yo cambiante, y la base de los sentimientos de estima de uno mismo. En este continente o resguardo grupal, se da la identificación masiva en donde todos los integrantes se identifican con todos y cada uno de los miembros, transfiriendo gran parte de su dependencia, miedos, etc., logrando así la posibilidad para la individualización. El adolescente busca grupos en que distintas partes de sí mismo pueden ser proyectadas en los diferentes miembros, que son el sostén del yo, otro yo idealizado, que devuelve al adolescente una imagen tranquilizadora de sí mismo. Ahora bien, las características de los grupos coetáneos son muy variadas, dado que los miembros desean constantemente pasar por nuevas experiencias, además de que su función dependerá de los diversos propósitos o necesidades mismas de los adolescentes que forman parte de una u otra asociación.

En cuanto a su composición, lo más frecuente, es hallar individuos de aproximadamente el mismo nivel de desarrollo emocional y cuya fuerza cohesiva es la mutua simpatía emocional existente. El grupo de pares involucra ventajas y funciones básicas que el adolescente no podría suplir por medio de otras instituciones, ya que al enfrentarse a sí mismos y a la sociedad tienen que realizar colectivamente diversas tareas. Este grupo es quien da la primera independencia de los adultos, facilitando la transición de la dependencia a la familia, a la relativa libertad y autonomía que tanto requiere el adolescente. Esto se logra, transfiriendo a dicho grupo, gran parte de la dependencia por la que hasta hace poco tiempo se regía el adolescente. Los iguales brindan nuevas pautas de reciprocidad: intereses, pensamientos, sentires, expectativas y exigencias, junto con nuevos roles que deben jugar para sentirse autónomos.

También su trascendencia, deriva del hecho de que se encuentra un sustituto de la familia, en cuanto locus de autoridad y de normas, de ahí que las actuaciones de coetáneos, representan la oposición a las figuras parentales y algo distinto al medio familiar, aunque no por ello, abandonen totalmente las prohibiciones que los padres han impuesto antes a cada individuo. No obstante, la pertenencia a algún grupo, permite la posibilidad de pasar por adulto, pues al sentirse miembro con valores y normas establecidas, siente una de las primeras responsabilidades de la vida comunitaria, sobre el lugar que ocupará en la estructura social.

Esta asociación domina el pensamiento y comportamiento del adolescente, por lo que le resulta difícil, si no imposible violar deliberadamente las normas del grupo al que pertenece. El control ejercido en ello, esta basado en la empatía hacia sus miembros, por lo que el adolescente se convierte en esclavo de las reglas, modas y dictados del grupo, principalmente en cuanto a vestimenta, costumbres y preferencias se refiere; el peligro que entraña esta sobreidentificación, es precisamente el interjuego de conductas antisociales, ociosas e incluso el empleo abusivo de drogas, lo cual puede verse facilitado por

el hecho de que el adolescente protesta contra sí mismo, y su propia debilidad que quiere negar por cualquier medio.

Otra función del grupo, es cubrir la necesidad del adolescente por ser aprobado por un grupo de amigos, donde la unión se da básicamente como escape y código de virilidad, más que nada, encubriendo los cambios internos propios de la adolescencia, como el contrarrestar sus sentimientos de vacío, aislamiento y soledad. Cabe mencionar en este sentido la importancia de lo que Erikson (1980) llamó identidad social como “la solidaridad que siente un individuo con los ideales y valores de un mismo grupo” (Nuttin, 1973, p. 222).

En su búsqueda de identidad, el adolescente recurre al como comportamiento defensivo a lo largo de la uniformidad que le brinda seguridad y estima personal, por ello, la fuerza del espíritu grupal. Esta relación recíproca entonces, supone otras personas con algún significado para la propia definición y comprensión de sí mismo, logrando así un índice de comparación con los otros miembros en cuanto éxito o fracaso, como medio para llegar a la autodefinición. Al respecto, Laing²³ dice que “la identidad propia depende de la identidad que los otros atribuyen, y de las identidades que él atribuye a los otros” (Grinberg, 1980, p. 76). El grupo brinda la aceptación, pues implica sensación de seguridad, estima personal y sentimiento de la propia identidad, que obtiene al buscar una razón de ser, un ideal del yo, que apacigüe su inquietud interior y le devuelva el sentimiento de su valor y afirmación.

Por otra parte, no debe desdeñarse la otra cara de la moneda; el grupo puede también presentar desventajas importantes que obstaculicen el logro satisfactorio de las funciones positivas del mismo. El principal peligro radica en la misma vulnerabilidad y receptividad del adolescente, ya que su personalidad no ha acabado de formarse y al estar insatisfecho de la imagen que tiene de sí mismo, busca otra imagen que le sirva de modelo y a la cual imitar. Las implicaciones de

²³ Vid, “*El yo dividido*” (1960)., y “*Cordura, locura y familia*” (1964).

tal imitación pueden ser nocivas, si el grupo elegido como modelo presenta actitudes y conductas antisociales, delictivas, de farmacodependencia, etc., el adolescente prefiere muchas veces entañar algo negativo que pasar inadvertido o permanecer sumergido en el anonimato. Así, el grupo, que en primer momento es una solución momentánea para los conflictos del adolescente y una preparación para la condición de hombre, puede trocarse en una muleta desviada que impida toda afirmación personal; muleta, porque puede llegarse a abandonar toda reflexión personal, ser independiente sin autonomía, presentar conductas que lo hagan sentirse “valeroso” ante sus propios ojos y de los demás, pero destacando en comportamientos negativos, por interesarse en bienes materiales y placeres inmediatos, para escapar y negar su inferioridad, carencias y/o debilidades.

Por todo esto, es que debe considerarse la influencia del grupo de coetáneos en todos los aspectos vitales del adolescente. Entre las características y funciones de las interacciones entre pares se encuentran:

- a) *La importancia de las relaciones amistosas, su evolución genética:* Aunque la importancia de las relaciones de amistad es evidente en cualquier edad, se ha podido demostrar, sin embargo, una evolución genética de tales relaciones. En este sentido Douvan y Adelson (1966), distinguen tres estadios en el curso del periodo adolescente. Al principio de la adolescencia (de los 11 a los 13 años aproximadamente) la amistad aparece más centrada en las *actividades* comunes que en la interacción misma. En este caso, habría poco énfasis en el intercambio mutuo a nivel de los sentimientos. Más adelante, hacia los 14-16 años, los adolescentes insisten en el hecho de que las relaciones amistosas deben basarse en una confianza recíproca. El proceso de *seguridad* parece entonces muy importante. Estos autores interpretan esto en dos sentidos. En primer lugar, piensan que las relaciones amistosas a esa edad son esencialmente de tipo especular como si el adolescente tuviera necesidad de un doble de sí mismo que, al mismo tiempo que él, se encontrara enfrentado al mismo

tipo de problemas de identificación. Existiría en tal caso una dependencia en relación al otro y una angustia respecto de una eventual falta de lealtad o respecto de una eventual separación. Por otro lado, los mismos autores señalan que en la edad de los 14 a los 16 años se corresponde a menudo con los primeros amores. La amistad podrá constituir, entonces, un medio de compartir las propias emociones con alguien digno de confianza y frente a quién no puede haber rivalidad sexual. Al final de la adolescencia (17 años o más), las relaciones amistosas se hacen menos pasionales menos 'obsesionadas por el miedo de ser abandonado o traicionado'. Se produciría entonces un mayor énfasis en la diferencia interpersonal. Tal diferencia sería valorada y considerada enriquecedora. Por otra parte, a esta edad del desarrollo del nexo heterosexual contribuye a disminuir la intensidad del lazo de amistad con un compañero del otro sexo. Sullivan (1953), utiliza el concepto de intimidad de un modo específico para designar, por una parte, el reparto recíproco de los sentimientos (cómo cada uno se 'muestra' al otro) y, por otra, el hecho de que cada uno esté informado de lo que al otro concierne. Estos dos aspectos están evidentemente ligados; sin embargo, los adolescentes pueden conocer el estado de ánimo o los intereses de sus pares por la simple observación en el curso de las actividades comunes sin que, por ello, este conocimiento este ligado a un compartir voluntaria y recíprocamente la intimidad. Berndt²⁴ (1982), considera que la mayoría de los estudios coincide con la hipótesis según la cual la intimidad sería una característica nueva de la amistad adolescente en relación a épocas anteriores. Considera también la importancia de la amistad adolescente en relación al desarrollo general del individuo.

b) *El yo y el otro: semejanza o complejidad*: la importancia de la intimidad de las relaciones de amistad invita a plantearse la cuestión de las motivaciones

²⁴ Citado en: Hoffman Lois. (1996). Psicología del Desarrollo Hoy Vol. II., Madrid, España., Ed. Mac Graw Hill.; pp. 13-16.

para esta intimidad. Concretamente, ¿la intimidad se corresponde con la búsqueda de un ‘otro espejular’ o de un ‘otro complementario’? dicho de otro modo, ¿el nexo de amistad se corresponde con una necesidad de tener un doble de sí mismo –que facilitaría la toma de conciencia de sí- o con una necesidad de colmar una falta respecto de sí?. También sobre esta cuestión la síntesis de Berndt (1982) aporta informaciones interesantes, constata que muchos estudios señalan de hecho una gran semejanza entre los amigos durante la adolescencia: la misma actitud hacia la escuela, los mismos gustos culturales (música, modo de vestir, diversiones), la misma tendencia, si es el caso, a consumir alcohol o drogas en general, etc. Por otra parte Costanzo y Shaw (1966) observaron que la conformidad con el grupo era máxima hacia los 11-13 años (en relación a los 7-9 años, 15-17 y 19-21). En definitiva, la necesidad de una identificación mutua en los grupos de pares es evidente y sobre todo al principio de la adolescencia.

- c) *Solidaridad y sensibilidad hacia el otro*: la importancia del otro en la adolescencia será manifiesta también, si se puede mostrar que se traduce distintamente en el funcionamiento de los grupos. Sullivan (1953) realizó la hipótesis de que en la infancia (sobre los 7-10 años) los amigos –y los no amigos- se inclinaban más bien a la competencia en situaciones sociales mientras que, en el momento de la adolescencia, la intimidad de las relaciones de amistad debería conllevar una mayor sensibilidad hacia el otro y una menor competición.
- d) *La acción y lo prohibido*: por otra parte, es inevitable que las actividades de los grupos jóvenes choquen, en uno u otro momento, con la reprobación de los padres o de la sociedad y con las prohibiciones. Si no se produjeran estos choques, el grupo de adolescentes se asimilaría a los adultos y no podría afirmar su originalidad ni su identidad. En última instancia, se podría decir que las prohibiciones no tienen interés (psicológico) más que en el

caso de que algunas puedan ser transgredidas... ¡y otras no!. En este sentido, el problema de la sociedad de los adultos en general es el del límite de transgresiones tolerables. En definitiva, esta oposición entre la acción y lo prohibido es –o debería ser- constructiva no sólo para los adolescentes mismos sino también para la sociedad en general ya que cada nueva generación es una fuente de renovación y de cambio social; Lehalle (1986).

Recientemente Oetting y cols. (1998), proponen la teoría de la socialización primaria, la cual propone que si los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales; si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de pares. Si falta una adecuada internalización de las normas prosociales, y se han seleccionado los pares más desviados, es probable que se impliquen en conductas desviadas; con todo, cada cultura modula lo anterior.

Sobre el papel de los rasgos personales (Oetting et al., 1998), la teoría de la socialización primaria sostiene que las características físicas, emocionales y sociales del adolescente influyen en el proceso de socialización, lo que lleva a que el resultado de las mismas sean factores de riesgo o protección respecto al uso de drogas y de la conducta desviada, como podría ser el suicidio.

El ambiente de los pares en general es distinto al cluster de iguales que ellos consideran como elemento esencial de la socialización primaria. Por el contrario, el ambiente de los pares en general se refiere a grupos de iguales que se forman para distintas actividades, como un equipo deportivo, club escolar, etc., y son distintos del cluster²⁵ de iguales, aunque en muchos casos el cluster de iguales se forma a partir de alguno de los grupos de este ambiente de pares en general.

²⁵ Definiendo a los clusters de iguales como díadas o tríadas de mejores amigos.

3.4.1 Cambios en las relaciones, en las amistades y la vida social

Hoffman (1996), dice que los amigos y compañeros son cada vez más importantes en la vida de un sujeto durante la adolescencia. Su contribución al desarrollo social del adolescente puede ser especialmente importante durante la primera etapa de la misma, cuando están empezando a aceptar los cambios físicos y emocionales en sus vidas; Crockett, Losoff y Petersen (1984). En la mayoría de los casos, el creciente apego hacia los compañeros no interfiere en sus relaciones con los padres, sino más bien las complementa.

Las amistades durante la adolescencia tienden a ser relaciones mutuas e íntimas. Las amistades entre ellas suelen ser más íntimas y con un mayor compromiso emocional que entre ellos. Durante la primera adolescencia los amigos adquieren un mayor relieve; hacia finales de la misma la pertenencia a un grupo pierde importancia.

3.5 El adolescente y la escuela.

Después del grupo primario, se encuentra la escuela como medio fundamental de socialización del individuo. Este proceso de socialización connota diversas concepciones, una de ellas, considerada como la más compleja, es la que nos proporciona Inkeles en 1969, “proceso mediante el cual, los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidad, actitudes, valores, necesidades y motivaciones. Todas las cuales, conformarán la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en que viven” (citado en Grinder, 1982, p. 19). De esta noción, se desprende que el hombre, objeto y sujeto de la acción educativa, forma parte de la sociedad, y a su vez, es producto de ella. Es precisamente a través de la socialización y educación que se transmiten valores que permiten la permanencia de tradiciones culturales y

de la idiosincrasia de cada sociedad; así se proporciona el sustrato necesario a sus miembros en crecimiento que les permita el desenvolvimiento social.

Como el hombre es un ser social por naturaleza, es importante la educación como instrumento de socialización con el fin de internalizar la cultura y principios del grupo. Por tanto, la educación no se reduce simplemente a la imposición de reglas y de normas de conducta externa, sino que rige las relaciones de los miembros entre sí y su organización para la interpretación con el medio ambiente.

Las escuelas son el principal fundamento entre generaciones fuera de la familia que, a través de la instrucción, enseñanza actual de un cuerpo de conocimientos, actitudes y filosofías para relacionar y organizar tareas de la vida, debe reflejar normas y expectativas de la comunidad y exponer al adolescente el criterio que cada sociedad ha establecido para la adultez.

Lo que el adolescente hace en la secundaria no es un fin en sí mismo, sino un medio para un fin. Está bajo la autoridad de otras personas distintas de sus padres, está rodeado de muchos iguales, que son básicos como agentes para labrar su propia identidad. Nuevamente estamos ante la propia estima que el adolescente debe experimentar ante esta etapa. La aportación de Fiedenberg (1959) en este ámbito, es que “un valor muy importante para la adolescencia es la estima que tiene de sí mismo, una de las tareas principales de la escuela es la de probar y valorar” (McKinney, 1982, p. 187). El valor que los adolescentes poseen de sí mismos está basado en una evaluación externa, dado que están en el proceso de esclarecer su propia experiencia personal (formación de identidad) y son especialmente vulnerables a la valoración externa.

Todas las personas adultas, incluyendo esta vez al grupo de pares, les dice constantemente a los adolescentes qué es lo que tienen que hacer y qué es lo que no tienen que hacer, qué es lo aceptable y lo inaceptable, de ahí su crítica

exagerada hacia los maestros, lo cual se ve incrementado si tienen conflictos con la autoridad, que datan de sus primeras experiencias familiares.

Morrow y Wilson (1961) observaron que los adolescentes de alto rendimiento en la mayoría de los casos, proviene de un hogar en el que recibió una buena dosis de alabanza y aprobación, donde había un sentido muy intenso de pertenencia a la familia y donde se identificaba muy íntimamente con ellos. Por el contrario, los de logros mediocres, provenían de una familia con padres exageradamente restrictivos con buena dosis de tensión y desacuerdo parental, con baja estima de su propio valor personal.

3.6 El adolescente y el trabajo.

Hall (1904) fue, quien a principios del siglo XX definió a la adolescencia como una etapa problemática e injusta. Desde miles de años atrás en casi todas las referencias a esta etapa de vida en textos de filosofía o pedagogía los adolescentes han sido retratados como personas en conflicto o que motivan la aparición de problemas. Las pinturas, esculturas y los personajes de obras literarias representan a los adolescentes como soñadores, idealistas, amables, generosos, participativos y vigorosos. Pero son pocos los que dan testimonio y hablan de estos como una fuerza de trabajo, creativos, ingeniosos, participativos en la formación y transformación del mundo socioeconómico en todas las regiones del planeta.

En lo que al trabajo se refiere, influye negativamente en el adolescente el hecho de que nuestra sociedad contemporánea exija más años escolares, con cierto grado de especialización y preparación para poder hallar un trabajo que gratifique al adolescente, relegándolo y abundando las mejores oportunidades para gente de mayor edad, quien es considerada con más respeto y en quien se puede depositar gran monto de confianza y responsabilidad.

Ya Freud destacaba la frase “amor y trabajo” como elementos primordiales de la salud mental, como contribuyentes al bienestar general del hombre, por ello se hace necesario considerar que debería darse oportunidad laboral al adolescente, ya que ésta cubre también una función concreta, conectar al individuo con la realidad, ligándolo a la comunidad humana y colaborando a una descarga considerable de impulsos libidinosos, narcisistas, eróticos y agresivos indispensables para la subsistencia y existencia de la sociedad de la que forma parte el adolescente.

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

La información que se utilizará para este estudio, proviene de la “Encuesta sobre el uso de Drogas en población de enseñanza media y media superior, medición otoño 2003, D.F.”, realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez y Ramos, 2004). Coordinada por el Mtro. Jorge Ameth Villatoro Velázquez, quien nos brindó su interés y apoyo para aplicar nuestras hipótesis de trabajo a estos datos.

4.1 Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia del intento suicida en los adolescentes estudiantes de educación media y media superior, cuando existen problemas en las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares?

4.2 Objetivos generales

1. Analizar la prevalencia del intento suicida en los adolescentes estudiantes.
2. Analizar la intención, motivo y métodos empleados en el intento suicida por los adolescentes estudiantes.
3. Describir el intento suicida y su vinculación con las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares en los adolescentes estudiantes.

4.3 Objetivos específicos

- 1.1 Identificar la mayor prevalencia del intento suicida en adolescentes estudiantes por nivel educativo.
- 1.2 Describir las características sociodemográficas de los adolescentes que han intentado suicidarse.
- 2.1 Identificar la principal intención al realizar el intento suicida en adolescentes estudiantes.
- 2.2 Conocer los principales motivos por los que los adolescentes intentan suicidarse.
- 2.3 Conocer los métodos utilizados con los que los adolescentes intentan suicidarse.
- 3.1 Describir la relación entre el intento suicida y el ambiente familiar del adolescente.
- 3.2 Describir la relación entre el intento suicida y el ambiente de su grupo de pares.

4.4 Hipótesis conceptual

En el presente trabajo se espera que a mayor problemática en las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares, se aumente el intento suicida (Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, González-Forteza, Amador & Bermúdez, 2003).

4.5 Hipótesis estadística

Ha_: Existe relación entre el intento suicida y las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares en los adolescentes estudiantes.

Ho_: No existe relación entre el intento suicida y las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares en los adolescentes estudiantes.

VARIABLES

- V.I.- Relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar y el grupo de pares.
- V.D.- Intento suicida.

4.6 Definición conceptual de las variables

INTENTO SUICIDA:

Cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva (Stengel, 1965).

AMBIENTE FAMILIAR:

La forma en que el adolescente percibe los procesos de interacción que se dan en su familia. Como son la comunicación, el apoyo entre sus familiares y el nivel de integración logrado entre ellos (evaluado a través de la escala hecha por: Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina Mora, Reyes, 1997).

- a) *Comunicación Familiar*: Se refiere al grado en el que el adolescente percibe el intercambio de información entre los miembros de su familia. Dicha información consiste en la narración de eventos cotidianos, problemas comunes, situaciones personales o íntimas, etc.

- b) *Apoyo Familiar*: Se refiere al grado en el que el adolescente percibe que su familia lo ayudará para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que él proporciona a los miembros que tienen problemas.

- c) *Hostilidad y Rechazo*: Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, y se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre sus integrantes (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes, & Rivera, 1997).

RELACIÓN CON GRUPO DE PARES:

Se refiere a grupos de iguales que se forman para distintas actividades, como un equipo deportivo, club escolar, etc., y que son distintos del cluster de iguales, aunque en muchos casos el cluster de iguales se forma a partir de alguno de los grupos de este ambiente de iguales en general. Es un elemento socializador que influye en los adolescentes, llevándolos a que el resultado de sus relaciones interpersonales sean factores de riesgo o protección respecto a una conducta desviada (Oetting y cols., 1998).

4.7 Definición operacional de las variables

INTENTO SUICIDA:

Se obtiene de acuerdo a la cédula de intento suicida (Anexo) empleada en estos estudios (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 2003; Villatoro et al, 1999 y Villatoro et al, 2001 y Villatoro et al, 2003).

Las categorías de análisis para saber la prevalencia del intento suicida alguna vez en la vida fueron las siguientes:

Intento definido: Cuando se contestó afirmativamente a la pregunta: ¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con él fin de quitarte la vida?, y se respondieron a preguntas subsiguientes (número de veces, edad del intento, motivos y métodos). En el caso de que se haya omitido la edad, se verifica que los demás datos estén completos y sean congruentes. Cuando no hubo claridad en el motivo, pero el método fue claramente una conducta autodestructiva y se contestó al deseo de muerte (2= "No te importaba si vivías o morías", ó 3= "Deseabas morir"), se considerará como intento definido.

Sin intento suicida: Se refiere al registro negativo, al indicador y preguntas subsecuentes.

Motivo: Se le presentan al sujeto 10 categorías de respuesta, de las cuales puede contestar más de una. En caso de que haya intento suicida, también se da la posibilidad de que de una respuesta abierta, con la que se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento.

Método: Se le presentan al sujeto 10 categorías de respuesta, de las cuales puede contestar más de una. En caso de que haya intento suicida, también se da la posibilidad de que de una respuesta abierta, con la que se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento.

AMBIENTE FAMILIAR:

Se obtendrá a través de la sección general aplicada en el cuestionario. En esta escala se evalúa la comunicación, el apoyo, la hostilidad y la cohesión familiar (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, & Reyes, 1997).

RELACIÓN CON GRUPO DE PARES:

La calificación se obtendrá por medio de la escala contenida en la forma C del cuestionario. Esta se evalúa por medio de los grupos prosociales y los grupos antisociales (Oetting y cols., 1998).

4.8 Población y muestra

La unidad de análisis sobre la cual se obtendrá información la constituyen los estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2002-2003 en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal.

Cabe mencionar que para el presente estudio las escalas de intento suicida y ambiente familiar se contó con una población de 10,659 estudiantes. Mientras que para la escala de grupo de pares fue una $n= 3,267$ adolescentes.

Se considerarán tres dominios de estudio:

- Estudiantes de secundaria
- Estudiantes de bachillerato
- Estudiantes de escuelas técnicas y comerciales

El marco muestral se elaboró con base a los registros oficiales de los estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 2002-2003 de la Secretaría de Educación Pública. El muestreo se sometió a validaciones y depuraciones, para lo cual, se obtuvo una muestra aleatoria del 5% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se validó la información del marco muestral, para que esta fuera lo más confiable posible y poder evitar inconsistencias en las estimaciones.

Las escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por

conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de estas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la finalidad de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Debido a que la selección de la muestra parte de un esquema autoponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

- Se calculó una fracción de muestreo general para aplicarse en los estratos que conformaron cada una de las delegaciones políticas.
- Se realizó el acumulado de grupos según tipo de escuela por Delegación.
- Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios dentro de cada uno de los estratos para lograr la selección independiente de los grupos escolares.

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

4.9 Instrumento

El instrumento que emplearemos ha sido previamente validado y cuyos indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, fue aplicado en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta forma, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron: Datos sociodemográficos, nivel socioeconómico percibido, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas conducta y actitud antisocial, intento e ideación suicida, disponibilidad de drogas, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas, normas y

ambiente familiar y autoestima, ajuste social, conducta sexual y abuso sexual y estrés psicosocial.

Cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar e incluye lo siguiente:

En la forma A se incluye la evaluación de tiempo libre, trastornos de la alimentación, lugares donde consigue y consume bebidas alcohólicas, nivel de ansiedad, asertividad y hábitos de educación de sus padres.

Las secciones de la forma B son relacionadas con su ambiente escolar principalmente, porqué ha dejado de ir a la escuela, rendimiento escolar percibido, percepción de la escuela, de los maestros y del director, razones por las que estudia, apoyo social que recibe para seguir estudiando, actividades escolares que realiza, hábitos de estudio y percepción de inseguridad social.

En la forma C, se encuentran las secciones adicionales en las cuales se pregunta sobre el nivel de satisfacción que tiene el adolescente con diferentes áreas de su vida, características de sus amigos, escala de tamizaje del Trastorno por déficit de Atención, apoyo social y depresión.

Es importante mencionar que el cuestionario ha sido aplicado en encuestas anteriores y ha sido previamente validado (Villatoro y cols., 2003).

En el presente trabajo se empleará específicamente la forma C del cuestionario, que contiene las siguientes secciones:

1. INTENTO SUICIDA

Se midió a través de las preguntas: “Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida? y ¿Qué edad tenias en la única ó última vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?, las cuáles

se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza (1993 y 1998). Además incluye dos preguntas abiertas, con la finalidad de que el adolescente exponga sus razones así como los métodos empleados en el intento suicida para precisar la información, contenidas en 11 preguntas localizadas en el reactivo –58a hasta 58k- (Anexo).

- Se utilizarán indicadores previamente evaluados en estudios anteriores (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998) ya que fueron incluidos también en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 1997 (Villatoro J. y cols, 1999) y en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000 (Villatoro J. y cols. 2001), para analizar, la ocurrencia del intento, el número de veces en la vida, edad del único o último intento, así como sus motivos y métodos. Estos dos últimos indicadores fueron diseñados para obtener respuestas abiertas y registra las posibles razones y los modos de llevar a cabo el intento y para distinguir entre haber llevado acabo el intento, de sólo haber tenido la intención de hacerlo. Las categorías de análisis para saber la prevalencia del intento suicida alguna vez en la vida fueron las siguientes:

Intento definido: Cuando se contestó afirmativamente a la pregunta: ¿Alguna vez, a propósito de has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con él fin de quitarte la vida?, y se respondieron a preguntas subsiguientes (número de veces, edad del intento, motivos y métodos). En el caso que haya omitido la edad, se verifica que los demás datos estén completos y sean congruentes. Cuando no hubo claridad en el motivo, pero el método fue claramente una conducta autodestructiva y se contestó al deseo de muerte (2= "No te importaba si vivías o morías", ó 3= "Deseabas morir"), se considerará como intento definido.

Sin intento suicida: Se refiere al registro negativo, al indicador y preguntas subsecuentes.

Motivo: Se le presentan al sujeto 10 categorías de respuesta, de las cuales puede contestar más de una. En caso de que haya intento suicida, también se da la posibilidad de que de una respuesta abierta, con la que se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento.

Las respuestas se codifican de acuerdo a las siguientes categorías: problemas familiares, problemas con mi novio (a) o pareja, problemas con mis amigos(as), el sentirme solo (a) o deprimido (a), problemas en la escuela, incomprensión o falta de cariño de mi familia, problemas personales, por querer llamar la atención, porque se murió alguien a quien he querido mucho. Por que han abusado sexualmente de mi y otra razón.

Método: Se le presentan al sujeto 10 categorías de respuesta, de las cuales puede contestar más de una. En caso de que haya intento suicida, también se da la posibilidad de que de una respuesta abierta, con la que se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento.

La codificación se hace con las siguientes categorías: tomé pastillas o medicamentos, me corté con un objeto filoso, me disparé con un arma de fuego, traté de ahorcarme o asfixiarme, tomé veneno, me intoxicqué con drogas, me aventé de una parte alta hacia el piso, dejé de comer, me aventé al tránsito y lo hice de otra forma. También hay un indicador para obtener respuestas abiertas, en donde se puede saber con más detalle el método con el cual llevo a cabo el intento. En caso de repuestas múltiples se toma en cuenta lo siguiente:

Cuando se hace referencia al último intento, este es el que se toma en cuenta sin importar la letalidad. Si NO tiene referencia al último, tomar en cuenta el más letal. En caso de respuestas dudosas, y el intento si parece importante

considerar el deseo de morir = 2 ó 3. Si el motivo no es claro, no se considera dato perdido, no es blanco, se codifica como: *no específico*, tomando en cuenta el deseo de morir = 2 ó 3.

La clasificación de los reactivos esta contenida en 3 áreas:

- Intención: 58 f
- Motivo: 58 g
- Método: 58 i

2. AMBIENTE FAMILIAR

El principal interés de ésta sección es evaluar cómo es la comunicación, el apoyo y rechazo, y la cohesión familiar, que el adolescente percibe en la relación con sus padres. Consta de 18 reactivos -que van de la pregunta 56a hasta la 56q- la respuesta a éstos se codificará en sólo una de las cuatro categorías: *casi nunca=1*, *a veces=2*, *con frecuencia=3*, y *con mucha frecuencia=4* (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1997). (Anexo)

Los reactivos que corresponden:

- Hostilidad y rechazo: *a, d, g, i, l, m*.
- Comunicación del hijo: *b, j, o*.
- Apoyo de los papás: *k, n, p*.
- Comunicación de los papás: *c, n1, q*.
- Apoyo significativo del hijo: *e, f, h*.

3. GRUPO DE PARES

La función principal de ésta escala es evaluar la relación e influencia del adolescente con su grupo de pares; si su relación está dominada por características de grupos prosociales (factores de protección) medido a través de 3 reactivos: *¿Cuántos (as) de tus amigos (as)?... : van a la escuela, practican*

algún deporte, y tienen buenas calificaciones en la escuela; y las características de grupos antisociales (factores de riesgo) se mide a través de 5 reactivos descritos a continuación ¿Cuántos (as) de tus amigos (as)?... : han tenido relaciones sexuales, fuman cigarrillos, tienen problemas con sus papás, consumen bebidas alcohólicas, y consumen drogas. Esta escala se mide a través de 8 reactivos que se ubican de la pregunta -61a a la 61h -. (Anexo)

Las áreas correspondientes son:

- Grupos prosociales: *a, d, e.*
- Grupos antisociales: *b, c, f, g, h.*

Por cada pregunta se le presentan al sujeto 4 categorías de respuesta, de las cuales sólo marcará una. Las respuestas se codifican de la siguiente manera: *ninguno=1, algunos=2, la mayoría=3, y todos=4.*

4.10 Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, seis supervisores y 23 encuestadores capacitados. El curso de capacitación duró 12 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para aplicarlo y para la selección de grupos.

Se puso especial cuidado en que los encuestados supieran transmitir las instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

El coordinador fue responsable de controlar el trabajo de campo, de entregar los materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo de una zona o delegación específica y ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas, como la localización y los permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

Después de la aplicación, para fines de codificación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de: detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que verifica la congruencia de las respuestas, y posteriormente se llevó a cabo una nueva depuración por medio de una programación para revisar directamente los cuestionarios.

4.11 Análisis de resultados

Para cubrir los objetivos planteados se llevó a cabo un análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS para Windows versión 12.0.

Para el primer objetivo, se aplicará la prueba de X^2 debido a que las variables sexo, nivel de estudios, si estudió el año pasado, si trabajó el año pasado y si tiene papá-mamá son nominales. En estos grupos se analizará cuál o cuáles de ellos presentan más el intento suicida. El segundo objetivo se medirá por medio de la prueba X^2 para evaluar la intención, el motivo y el método utilizado en el intento suicida, puesto que también estas variables son nominales. Para lograr el tercer objetivo, se utilizará la prueba de análisis de varianza (ANOVA) de dos factores, debido a que las variables ambiente familiar y grupo de pares están medidas a nivel intervalar.

CAPITULO 5

RESULTADOS

Para cubrir los objetivos planteados se llevó a cabo un análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS para Windows versión 12.0

5.1 Prevalencia del intento suicida por características sociodemográficas.

En la tabla 1, se presenta la prevalencia del intento suicida por características sociodemográficas para hombres y mujeres, se utilizó la prueba de X^2 , para analizar el intento suicida, entre los diferentes grupos formados por las variables dominio de estudio, estudió, trabajó, si tiene papá-mamá y escolaridad del jefe de familia.

Al analizar la presencia del intento suicida por dominio de estudio, se observó que en los hombres no existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=4.45$, $gl=2$, $p=.108$), aunque se puede ver ligeramente un mayor porcentaje en los hombres que cursan el bachillerato (6.8%). En las mujeres tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1.38$, $gl=2$, $p=.500$) por nivel educativo, y también se muestra una mayor proporción de intento suicida en las mujeres que cursan el bachillerato (17.3%).

Al analizar el intento de suicidio y si estudiaron el año pasado, se mostró que en los hombres no existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=3.16$, $gl=2$, $p=.206$), pero se observa un porcentaje ligeramente mayor en los hombres que no estudiaron el año pasado (7.1%). Mientras que para las mujeres si se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($X^2=21.34$, $gl=2$,

p=.000), se presentó una mayor proporción de mujeres con intento entre las que fueron estudiantes de medio tiempo (24.4%).

Tabla 1. Prevalencia del intento suicida por características sociodemográficas.

	HOMBRES			MUJERES		
	%	χ^2	P	%	χ^2	P
DOMINIO DE ESTUDIO						
Secundaria	5.4	4.45	.108	16.0	1.38	.500
Bachillerato	6.8			17.3		
Bachillerato Técnico	4.9			16.8		
ESTUDIO EL AÑO PASADO						
No fui estudiante el año pasado	7.1	3.16	.206	15.7	21.34	.000
Estudiante de medio tiempo	7.0			24.4		
Estudiante de tiempo completo	5.5			15.8		
TRABAJO EL AÑO PASADO						
No trabajé	5.0	20.39	.000	15.4	32.53	.000
Trabajé medio tiempo	7.6			26.7		
Trabajé tiempo completo	9.5			19.2		
TIENE PAPÁ						
Tengo papá	5.0	37.90	.000	15.6	13.42	.001
Lo sustituye algún familiar	9.0			19.1		
Otro-papá	12.3			21.8		
TIENE MAMÁ						
Tengo mamá	5.6	11.80	.003	16.2	6.94	.031
Lo sustituye algún familiar	10.7			25.7		
Otra-mamá	13.2			18.6		
ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA						
Primaria	5.3	1.60	.658	16.3	1.79	.617
Secundaria	6.1			16.9		
Preparatoria	6.1			17.9		
Profesional o mayor	5.2			16.1		

En el caso de la variable, si trabajaron el año pasado, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en los hombres que intentaron suicidarse ($X^2=20.39$, $gl=2$, $p=.000$), se presentó un mayor porcentaje en los hombres que trabajaron de tiempo completo (9.5%). Para las mujeres se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=32.53$, $gl=2$, $p=.000$), y la mayor presencia de mujeres que tuvieron intento suicida, se presentó en las que trabajaron medio tiempo (26.7%).

Al analizar la variable si tiene papá, en los hombres se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=37.90$, $gl=2$, $p=.000$), se encontró un mayor porcentaje cuando tienen otra figura como papá (12.3%). En el caso de las mujeres existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=13.42$, $gl=2$, $p=.001$), siendo las mujeres que tienen otra figura como papá, las que presentan una mayor proporción del intento suicida (21.8%).

Para analizar si tienen mamá, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=11.80$, $gl=2$, $p=.003$), en los hombres se presentó con mayor frecuencia el intento suicida en los que tiene otra persona como mamá (13.2%), dentro de las mujeres también existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=6.94$, $gl=2$, $p=.031$), en donde el mayor número de mujeres que realizaron el intento suicida fue para las que se sustituye a la mamá con algún familiar (25.7%).

En el rubro de escolaridad del jefe de familia, en los hombres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1.60$, $gl=3$, $p=.658$), aunque cabe mencionar que en el caso de los que el jefe de familia tenía secundaria o preparatoria, se encontró ligeramente un mayor porcentaje de hombres con intento de suicidio (6.1%). En cuanto a las mujeres, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1.79$, $gl=3$, $p=.617$), mostrándose un mayor porcentaje en los casos en que el jefe de familia contaba con preparatoria (17.9%).

5.2 Intención, motivo y método del intento suicida en los adolescentes.

Posteriormente se analizó la tabla 2, por medio de la prueba X^2 para evaluar la intención, el motivo y el método utilizado en el intento suicida.

En cuanto a la intención que tenían los adolescentes al momento del intento suicida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=2.92$, $gl=2$, $p=.232$), pero se observó un mayor porcentaje de hombres y mujeres a los que no les importaba si vivían o morían (53.6% y 47.8% respectivamente). Seguido del (28.4% hombres y 31.9% mujeres), que querían dejar de vivir, querían morir.

Al analizar el motivo por el cual intentaron suicidarse las mujeres se encontró que la principal causa del intento suicida fue por soledad/tristeza/depresión (43.7%), en la que si existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=9.67$, $gl=1$, $p=.002$). La segunda causa del intento suicida son los problemas familiares, para la cual no existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1.56$, $gl=1$, $p=.212$), este motivo lo reportaron (41.5%) de ellas. En el tercer motivo para el intento suicida en las mujeres se presentaron dos causas. Uno de ellos son problemas personales (18.8%) en donde se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas ($X^2=.000$, $gl=1$, $p=1.000$), y la otra causa fue problemas con la pareja (18.7%), tampoco hay diferencias significativas ($X^2=0.08$, $gl=1$, $p=.780$). Los motivos del intento suicida presentados en menor proporción por las mujeres fueron, ser víctima de abuso sexual (3.1%) en donde no existe diferencia significativa ($X^2=0.74$, $gl=1$, $p=.388$), y otro de los motivos menos frecuentes del intento suicida es por llamar la atención (4.7%), en donde tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0.47$, $gl=1$, $p=.492$).

Tabla 2. Intención, motivo y método del intento suicida en los adolescentes.

	HOMBRES	MUJERES	X ²	P
¿CUÁL FUE LA INTENCIÓN DE HACERLO?				
No quería morir, quería seguir viviendo	18.0	20.3	2.92	.232
No me importaba si vivía o moría	53.6	47.8		
Quería dejar de vivir, quería morir	28.4	31.9		
MOTIVO				
Problemas familiares	37.2	41.5	1.56	.212
Problemas con pareja	17.8	18.7	0.08	.780
Problemas con amigos	5.2	6.3	0.34	.557
Soledad / Tristeza / Depresión	33.3	43.7	9.67	.002
Problemas en la escuela	13.3	12.9	0.01	.937
Incomprensión / Falta de cariño	13.9	17.1	1.50	.221
Problemas personales	18.8	18.7	0.00	1.000
Por llamar la atención	3.6	4.7	0.47	.492
Muerte de un ser querido	6.5	6.6	0.00	1.000
Víctima de abuso sexual / Violación	1.9	3.1	0.74	.388
Otro motivo	7.1	4.7	2.20	.138
MÉTODO				
Pastillas medicamentos	18.7	37.9	37.14	.000
Con un objeto punzocortante	41.6	47.4	2.86	.091
Arma de fuego	3.9	.1	26.21	NA ²⁶
Ahorcarse / Asfixiarse	9.0	7.7	0.38	.540
Veneno	4.8	2.4	3.75	.053
Intoxicarse con drogas	6.8	1.8	16.71	.000
Aventarse de una parte alta hacia el piso	6.1	1.8	13.13	.000
Dejar de comer	12.9	19.2	5.87	.015
Aventarse al tránsito	3.2	1.2	4.72	.030

²⁶ No aplicable la X² debido a la baja ocurrencia.

En cuanto al análisis del motivo del intento suicida en los hombres, se encontró que la primera causa para la realización del intento suicida fueron los problemas familiares (37.2%), para el que no hay diferencias estadísticamente significativas ($X^2=1.56$, $gl=1$, $p=.212$). El segundo motivo del intento suicida en los hombres es soledad/tristeza/depresión (33.3%), en la que si existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=9.67$, $gl=1$, $p=.002$). Mientras que en la tercera causa del intento suicida no se presentan diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0.00$, $gl=1$, $p=1.000$) y es por tener problemas personales (18.8%). Entre los motivos menos frecuentes en los hombres para el intento suicida están, ser víctima de abuso sexual/violación (1.9%), y por llamar la atención (3.6%), en ninguna de ellas existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=0.74$, $gl=1$, $p=.388$) y ($X^2=0.47$, $gl=1$, $p=.492$) respectivamente.

Al analizar el método utilizado por las mujeres para la realización del intento suicida. Se observó que el utilizar un objeto punzocortante (47.4%), es el más frecuente, en donde no se encontró diferencia significativa ($X^2=2.86$, $gl=1$, $p=.091$). En el segundo método se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=37.14$, $gl=1$, $p=.000$), el cual es tomar pastillas/medicamentos (37.9%). El tercer método empleado para el intento suicida es dejar de comer (19.2%), también existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=5.87$, $gl=1$, $p=.015$). Sin embargo el método menos empleado por las mujeres para el intento suicida es aventarse al tránsito (1.2%), se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=4.72$, $gl=1$, $p=.030$). Otras de las causas menos frecuentes son intoxicarse con drogas (1.8%), para la que existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=16.71$, $gl=1$, $p=.000$), y aventarse de una parte alta hacia el piso (1.8%), donde también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=13.13$, $gl=1$, $p=.000$).

Para los hombres al analizar el método empleado en el intento suicida, se encontró, que herirse con un objeto punzocortante (41.6%) es el más empleado, y para el cual no se presentan diferencias estadísticamente significativas ($X^2=2.86$,

gl=1, p=.091). Mientras que tomar medicamentos/pastillas (18.7%) es el segundo método utilizado por ellos, se encontró que para este método hay diferencias estadísticamente significativas ($X^2=37.14$, gl=1, p=.000). El tercer método utilizado por los que intentaron suicidarse es dejar de comer (12.9%), con una diferencia estadísticamente significativa ($X^2=5.87$, gl=1, p=.015). Los métodos menos frecuentes para el intento suicida son aventarse al tránsito (3.2%), para la cual existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=4.72$, gl=1, p=.030), y la otra causa es la utilización de veneno (4.8%), en la que no existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2=3.75$, gl=1, p=.053).

5.3 Ambiente familiar y grupo de pares, y su relación con el intento suicida.

En la tabla 3, se muestra el análisis de la relación que existe entre el intento suicida y las variables de ambiente familiar y grupo de pares, se aplicó la prueba de análisis de varianza (ANOVA) de dos factores o variables predictoras que son el sexo y si han intentado suicidarse o no.

Al analizar la hostilidad y el rechazo se pudo observar que tomando en cuenta el sexo existen diferencias estadísticamente significativas ($F=55.67$, gl=3, p=.000), de manera que se presenta mayor hostilidad y rechazo en los hombres ($\bar{x}=1.62$) a diferencia de las mujeres ($\bar{x}=1.57$). Al analizar el intento suicida se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=55.67$, p=.000), y se encontró un nivel mayor de hostilidad y rechazo entre los que han intentado suicidarse ($\bar{x}=1.80$), con relación a los que no lo han intentado ($\bar{x}=1.56$).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativa ($F=70.02$, gl=3, p=.000), para el área de comunicación del hijo, de manera que los hombres presentan una menor comunicación ($\bar{x}=2.31$) que las mujeres ($\bar{x}=2.37$). Cuando se analizó el intento suicida no se encontraron diferencias estadísticamente

significativas ($F=70.02$, $gl=3$, $p=.136$); se observó que es menor la comunicación en los adolescentes que han intentado suicidarse ($\bar{\chi}=1.99$), en comparación con los que no lo han intentado ($\bar{\chi}=2.39$).

Tabla 3. Ambiente familiar y grupo de pares, y su relación con el intento suicida.

		HOMBRES		MUJERES		F	P. sexo	P. intento	P. Inter
		CI	SI	CI	SI				
Hostilidad y rechazo	$\bar{\chi}$	1.9	1.6	1.8	1.5	55.67	.000	.000	.198
	DE	.7	.7	.6	.6				
Comunicación del hijo	$\bar{\chi}$	2.0	2.3	2.0	2.4	70.02	.000	.136	.050
	DE	.9	.9	.9	1.0				
Apoyo de los papás	$\bar{\chi}$	2.8	3.1	2.7	3.2	69.34	.000	.498	.186
	DE	.9	.9	1.0	.9				
Comunicación de los papás	$\bar{\chi}$	2.4	2.7	2.4	2.8	61.64	.000	.217	.017
	DE	.9	.9	.9	.9				
Apoyo significativo del hijo	$\bar{\chi}$	2.8	2.9	2.8	3.0	28.41	.000	.083	.134
	DE	.9	.9	.9	.9				
Amistades prosociales	$\bar{\chi}$	2.6	2.9	2.7	2.8	11.05	.000	.595	.136
	DE	.7	.6	.6	.6				
Amistades no prosociales	$\bar{\chi}$	2.1	1.8	2.0	1.7	29.99	.000	.000	.731
	DE	.7	.7	.6	.6				

Cuando se analizó la variable de apoyo de los papás, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F=69.34$, $gl=3$, $p=.000$), en cuanto a los hombres se encontró ($\bar{\chi}=3.11$) y en las mujeres ($\bar{\chi}=3.12$), por lo cual éstas perciben mayor apoyo de sus padres. Mientras que al comparar los intentos suicidas ($\bar{\chi}=2.75$), contra los que no lo han intentado ($\bar{\chi}=3.16$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=69.34$, $gl=3$, $p=.498$).

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($F=61.64$, $gl=3$, $p=.000$), en el área de comunicación de los papás; las mujeres presentan una mayor comunicación ($\bar{\chi}=2.73$), en comparación con los hombres ($\bar{\chi}=2.67$). En cuanto al análisis de la comunicación de los papás y el intento suicida no existen diferencias estadísticamente significativas ($F=61.64$, $gl=3$, $p=.217$).

En el caso del apoyo significativo de los hijos por sexo existen diferencias estadísticamente significativas ($F=28.41$, $gl=3$, $p=.000$), se encontró que las mujeres aportan más apoyo ($\bar{x}=2.92$), en comparación con los hombres ($\bar{x}=2.99$). Para el análisis del intento suicida en relación con el apoyo hacia los padres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=28.41$, $gl=3$, $p=.083$).

Al analizar la variable de amistades prosociales por sexo se observaron diferencias estadísticas significativas ($F=11.05$, $gl=3$, $p=.000$), en los hombres ($\bar{x}=2.84$) hay más amistades prosociales a diferencia de las mujeres ($\bar{x}=2.75$). Al analizar por intento suicida no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=11.05$, $gl=3$, $p=.595$).

Finalmente, al analizar la variable de amistades no prosociales por sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=29.99$, $gl=3$, $p=.000$), siendo los hombres ($\bar{x}=1.82$) quienes presentan mayor cantidad de amistades no prosociales en comparación con las mujeres ($\bar{x}=1.71$). Así también se encontraron diferencias estadísticamente significativas para del análisis del intento suicida ($F=29.99$, $gl=3$, $p=.000$), siendo quienes intentaron suicidarse ($\bar{x}=2.01$) los que reportaron más amistades no prosociales en comparación con los que no hay intentado ($\bar{x}=1.75$).

CONCLUSIONES

En México, se ha observado entre los datos epidemiológicos un incremento en la tasa de intentos de suicidio en la población estudiantil del Distrito Federal (12-19 años), durante 1997 la prevalencia fue del 8.3% (Villatoro y cols. 1997), y en el 2000 de 9.5% (Villatoro y cols. 2000). Para este trabajo²⁷ la prevalencia del intento suicida en esta población es de 11.1%.

Al igual que en los estudios realizados por Terroba, Saltijeral y Gómez (1988); Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986), en la presente investigación se reporta mayor proporción de mujeres con intento de suicidio (16.5%), en comparación con los hombres (5.8%).

La prevalencia del intento suicida por características sociodemográficas, en el rubro dominio de estudio se encontró un mayor porcentaje de intento suicida en mujeres y hombres que cursan el bachillerato; lo cual concuerda con Garrison (1989): el intento suicida alcanza su ápice durante los cursos de preparatoria alrededor de los 15 a 19 años. Debido a la generación de angustia al empezar a sentir las presiones de las responsabilidades presentes o futuras como lo es el elegir la carrera a estudiar y empezar a trabajar, ya sea por iniciativa propia o por el sistema social o familiar, aún cuando los adolescentes no han alcanzado la plena madurez, ni tienen los elementos necesarios de experiencia para desempeñarlos. De ahí la importancia de intervenir sobre esta problemática en población menor (a nivel primaria y secundaria), para lograr una adecuada prevención, considerando la instrumentación y/o reforzamiento de servicios psicológicos dentro de las escuelas, y así detectar o canalizar a tiempo a los adolescentes en riesgo²⁸.

²⁷ Encuesta de Estudiantes, medición 2003.

²⁸ Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez, Rojano y Ramos, 2004.

En la relación de las variables: intento suicida y, si el adolescente estudió y/o trabajó el año pasado, se encontró un mayor porcentaje de intento suicida en los hombres que no estudiaron el año pasado y/o trabajaron de tiempo completo; en las mujeres las estudiantes y/o trabajadoras de medio tiempo son quienes reportaron mayor prevalencia del intento suicida. La escuela y el trabajo son factores protectores de las conductas de riesgo en los adolescentes, mediante éstos los individuos adquieren las características personales ofrecidas por el sistema: conocimientos, actitudes, valores, necesidades y motivaciones; éstas conforman la adaptación de los adolescentes al panorama físico y sociocultural en que viven, Inkeles (1969). En esta investigación se encontró: en los hombres el no estudiar y/o el trabajar de tiempo completo genera un mayor riesgo de conductas suicidas, de lo cual podemos deducir que las situaciones extremas son las generadoras de riesgo. Así como para las mujeres, las situaciones de incertidumbre o “medias tintas” como lo es el estudiar o trabajar medio tiempo, son las generadoras de dicha conducta.

Se puede observar un mayor porcentaje del intento suicida en los adolescentes cuando éstos tienen un sustituto de la figura materna o paterna. Dentro de este rubro podemos darnos cuenta de los factores que propician el intento suicida en el adolescente, entre los cuales se encuentran los derivados de la dinámica familiar o de las anormalidades en la estructura de ésta, por ejemplo: la ausencia de alguno o ambos padres, ya sea por muerte, enfermedades prolongadas, abandono, divorcio o separación, y la larga cohabitación con miembros de la familia no nuclear con una relación distante. Pueden existir problemas entre familiares que varían desde la incompatibilidad de los padres, hasta la patología de alguno o ambos, que pueden, en un momento dado, ser factores que predispongan al suicidio.

Así también se presentó en mayor porcentaje el intento suicida en los adolescentes cuyo jefe de familia tiene un nivel máximo de estudios de secundaria o preparatoria. Este resultado nos hace suponer que tal vez debido al bajo grado

de estudios de los padres, los adolescentes se sienten más restringidos, conflictuados e incomprendidos, esto quizá es debido a la cultura o las costumbres de los jefes de familia, con ideas conservadoras (de que en la vida lo más importante es el formar una familia y mientras más pronto mejor). En muchos de los casos estos padres se encuentran en un nivel socioeconómico medio o bajo, donde las prioridades son las necesidades básicas más que otras como serían la educación, la recreación, la convivencia, el entretenimiento o algunos otros que les parezcan ser solo lujos.

La intención de realizar el suicidio, en la mayoría de los casos, nos habla del desinterés de los adolescentes por la vida debido a sus problemas, pues independientemente de cuales sean las causas de éstos, pueden pensar que no lograrán solucionarlo o de nada serviría el resolverlos, para este momento los lazos con el medio se han distendido (Émile Durkheim 1951), y si se han distendido es porque la relación con el exterior se ha empobrecido. En este aspecto una forma de prevención es propiciar actividades relacionadas con la convivencia interpersonal, es decir, actividades que deban realizarse en colaboración con otras personas, evitando el aislamiento en el adolescente.

Con los resultados obtenidos podemos darnos cuenta que desde el 2002²⁹ siguen siendo tres, los motivos más frecuentes para intentar suicidarse: problemas de índole familiar, problemas de pareja y, soledad/tristeza/depresión respectivamente. En el 2003 el orden ha cambiado para cada sexo, agregándose para las mujeres el motivo de problemas personales que está empatado en porcentaje con los problemas con la pareja, en este sexo el orden de motivos es: soledad/tristeza/depresión, problemas familiares, problemas personales y problemas con la pareja; el orden en los hombres es: problemas familiares, soledad/tristeza/depresión, y problemas personales. Éstos datos reflejan el incremento en los factores internos de riesgo, no permitiendo a los adolescentes percibir el apoyo externo si éste existe. Las diferencias por sexo permiten

²⁹ Alcántar 2002.

considerar y reafirmar sobre distintas aproximaciones al intento suicida³⁰, incidiendo adecuadamente en las necesidades y demandas de los adolescentes dentro de las funciones de intervención y/o prevención oportunas.

Sobre los métodos empleados en el intento suicida se encontraron los mismos para ambos sexos, en primer lugar la utilización de objetos punzocortantes, en segundo el tomar medicamentos/pastillas, y en tercer lugar dejar de comer. Entre los métodos menos empleados en ellas se encuentran: el aventarse al tránsito, intoxicarse con drogas y aventarse de una parte alta al piso; por su parte en los hombres son aventarse al tránsito y tomar veneno. De acuerdo con Hijar, Rascón, Blanco y López (1996), la mayor utilización de estos métodos es debido a la accesibilidad y disponibilidad para conseguirlos.

Al analizar los datos de la sección del ambiente familiar encontramos a la hostilidad, el rechazo, y la falta de comunicación del adolescente hacia su familia como factores que predisponen al adolescente a un intento suicida. Estos factores pueden deberse tal vez al surgimiento de conflictos padres-hijo debido a la probable dificultad de los padres para aceptar los procesos conflictivos regresivos y progresivos que el hijo adolescente les reedite debido a su genitalidad, causándoles ansiedad y angustia. Aunado a esto la dificultad de aceptar los deseos de autonomía y libre expresión de los hijos, capaces ahora de pensar y juzgar más objetivamente, ante esto el adolescente puede sentirse prisionero dentro de las normas impuestas y se sentirá impulsado tal vez a despreciar y manifestar hostilidad y rechazo hacia su familia. Respecto a esto los adolescentes consideran tener relaciones más distantes con los padres, aunque éstos no vean tanta ruptura. Si los padres comprenden el proceso adolescente por el que atraviesa su hijo y lo viven sin miedo, conservando la firmeza sin autoridad ni tiranía, la situación será favorable para el adolescente y así éste podrá establecer un yo claramente diferenciado.

³⁰ González-Forteza y Andrade 1995.

Una comunicación eficaz cotidiana y sincera, en donde exista libertad por parte de los integrantes para expresar sentimientos, deseos, necesidades, conflictos, dentro de un ambiente de escucha y aceptación, reflejará un armonioso funcionamiento del sistema familiar. A través de familias cohesivas, expresivas, organizadas, en donde se fomente la independencia de sus miembros, es como se logrará un ajuste social y emocional del adolescente para vivir de una manera sana. Sólo así se reducirá la incidencia en problemáticas como el intento suicida o el suicidio; de lo contrario, al vivir dentro de familias en donde no existen tales características, los adolescentes tienden a desajustarse cuando perciben en su familia muchos conflictos y demasiado control. Se ha encontrado que a mayor presión parental e incompreensión al cambio, existe en ellos mayor violencia y desesperación, debido a esto el adolescente recurre a buscar en alguien o algo más los satisfactores a sus necesidades no encontrados en su familia, como por ejemplo en su grupo de pares, y de aquí derivarán otros factores, de acuerdo a la clasificación de estos grupos: prosociales o no prosociales.

Al analizar el grupo de pares encontramos en los hombres mayor número de amistades prosociales (relaciones protectoras de riesgo) en comparación con las mujeres; esta variable no resultó significativa para realizar el intento suicida. En las amistades no prosociales (factores de riesgo) los hombres reportaron tener más amistades en comparación con las mujeres; los adolescentes con intento suicida tienen más amistades de éste tipo, por lo tanto son los hombres quienes presentan mayor riesgo.

De acuerdo a nuestra investigación, dentro de las relaciones con el grupo de pares, concluimos a las amistades no prosociales como las de mayor influencia en los adolescentes para intentar suicidarse. Esto se debe tal vez a lo expuesto por Oetting (1998): si los vínculos entre el niño, la familia, y la escuela son fuertes y funcionales, los niños desarrollarán normas prosociales. Si estos vínculos son débiles, la socialización estará dominada por el grupo de pares y dependerá del grupo elegido.

En esta etapa de la vida, son básicos los agentes de socialización: profesores, amigos, líderes de la comunidad, pero muy especialmente los grupos de pares, siendo estos considerados como una importante fuente de identificación extrafamiliar. Los grupos de pares son indispensables en el círculo del adolescente, necesita compartir sus emociones, confusiones, dudas, sueños, buscar apoyo y respuesta a las interrogantes propias de su edad. La fuerte identificación entre ellos, coetáneos, con quienes comparte los mismos problemas y angustias, donde entre ellos excluyen al mundo adulto por completo; nos hace reconocer su desarrollo en equipo pese al marcado egocentrismo en esta etapa, impedir el crecimiento “colectivo” es bloquear la oportunidad del desarrollo espontáneo y enriquecedor. El grupo de pares presenta ventajas para un adecuado desprendimiento familiar, reforzando la autonomía e independencia en el adolescente; así mismo pueden traer desventajas importantes, obstaculizando el logro de satisfactores en las funciones positivas de él mismo. El principal peligro radica en la vulnerabilidad y receptividad del adolescente, pues como su personalidad no ha acabado de formarse, él está en busca de otra imagen como modelo a imitar. Esta imitación puede ser nociva si el grupo de pares elegido presenta actitudes y conductas antisociales, delictivas, de farmacodependencia y de suicidio entre otras, en las cuales el adolescente prefiere muchas veces entrañar algo negativo que pasar inadvertido o permanecer en el anonimato.

Por lo anterior mencionado consideramos a ésta fuerte socialización con el grupo de pares una de las oportunidades en el adolescente para conocer y experimentar las redes sociales para forman otros valores culturales, éticos o religiosos, es decir, su más importante y a veces única opción de conocer y vivir diferentes valores a los inculcados por su familia.

El panorama presentado en esta investigación hace evidente la necesidad de considerar a los adolescentes estudiantes como una población de riesgo con demandas de prevención y de tratamiento. Se debe resaltar la necesidad de seguir realizando este tipo de estudios en población adolescente, adecuando las

diferentes aproximaciones que se hacen manifiestas para atender tal conducta en ambos sexos, debido a la diferencia existente entre ellos (Villatoro, Medina-Mora, Amador, Bermúdez, Hernández, Fleiz, Gutiérrez, Rojano y Ramos, 2004).

Los servicios de salud mental deben ser integrados en todas las modalidades de atención a la salud de forma congruente con las necesidades locales, y de acuerdo al contexto cultural del que se trate. Con el interés de sintetizar algunas necesidades de atención y ubicando los niveles propuestos bajo una perspectiva ecológica³¹ (macrosistema, exosistema, microsistema, e individual), desde el *macrosistema*, se deben orientar esfuerzos para desestigmatizar la conducta suicida por sus connotaciones sociales, morales, religiosas y legales, para detectarla oportunamente; desmitificando creencias y actitudes a fin de no entorpecer la educación para la salud emocional de los adolescentes, y poder expresar libremente su búsqueda de ayuda. Dentro del *exosistema*, función fundamental de los prestadores de servicios como maestros, profesionales de la salud, representantes religiosos, la de educar, pero muy en especial los medios masivos de comunicación, debido a la identificación de oleadas de suicidio por efectos de imitación en población adolescente. En el *microsistema*, se hace referencia a los adolescentes y a su entorno emocionalmente significativo como la familia y sus pares, es en este ámbito donde de acuerdo a nuestra investigación pensamos que particularmente se requiere involucrar en las propuestas psicoprofilácticas y de prevención, a la familia y a los grupos de pares, para incidir en los factores psicosociales de riesgo de la conducta parasuicida. La interacción de estos dos sistemas puede ser articulada en un ambiente externo como lo es la escuela -a través de sus recursos humanos, infraestructura y funcionamiento-, siendo una óptima alternativa para prevenir el malestar emocional y promover la educación para la salud integral de los adolescentes.

³¹ González-Forteza C, Berenzon S, & Jiménez JA. (1999).

Desde este contexto se sugiere implementar el diseño de algunos cursos y talleres dirigidos e impartidos en la población estudiantil, conteniendo información acerca de posibilidades viables para solucionar su problemática actual, esto es, brindarles información sobre la naturalidad de ésta etapa, haciéndoles saber la transitoriedad de estos problemas. Para solucionar estos problemas transitorios, normales y formativos, existen varias alternativas en donde la intervención de la familia resultaría benéfica si se decide por iniciar una mejor comunicación entre ellos, haciendo énfasis en la existencia de instituciones, organizaciones y otros lugares en donde pueden solicitar ayuda profesional para solucionar dichos problemas.

La forma de impartir y hacer llegar esta información se daría en el mejor de los casos a través de talleres en donde a la par se fortalezca la autoestima, los elementos para lograr una adecuada relación familiar y la interacción con amistades prosociales, de este modo los adolescentes podrán extender la información con su grupo de pares, de iguales, y sus clusters. En el *ámbito individual*, último elemento de la perspectiva ecológica, se elaborarán estrategias para fortalecer los factores protectores de una manera personal, esto es, considerando los múltiples factores presentes en el adolescente que lo llevan a intentar suicidarse, tomando en cuenta la importancia de una temprana estimulación de las características psicológicas protectoras, así los adolescentes podrán hacer frente a las circunstancias de vida presentes y futuras.

Es fundamental un compromiso para contribuir en la atención oportuna de esta problemática, para ello el camino es laborioso, pues se requieren de estudios sistemáticos y periódicos para monitorear las distintas problemáticas de los adolescentes. Es importante señalar el compromiso mantenido por el Instituto Nacional de Psiquiatría, manifiesto a través de los estudios realizados en la Encuesta de Estudiantes. Tal encuesta provee elementos significativos para diseñar, instrumentar y evaluar los problemas presentes en la población adolescente, entre los cuales se encuentra el intento suicida, consumo de drogas,

alcohol y tabaco, autoestima, conducta antisocial, ambiente escolar, déficit de atención, y conducta sexual entre otras áreas, lo cual permite analizar de manera integral el contexto en el que se desarrolla, considerando las particularidades de cada tipo de población.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo estamos conscientes de la importancia dada a la relación existente entre los adolescentes y sus padres; desconsiderando la relación entre hermanos ya sean mayores o menores. También consideramos insuficientemente estudiado el rubro de la relación entre grupo de pares, debido a esto la investigación debe de ampliarse para conseguir información e indagar más sobre la relación existente entre éstos, así como el apoyo brindado y la influencia que entre ellos tienen, para implementar un fortalecimiento y lograr la conversión de este factor de riesgo en un factor de protección. De acuerdo con la bibliografía estas relaciones son de suma importancia, pues los adolescentes perciben entre ellos mayor atención e identificación que con sus familiares.

Se considera importante establecer una mejor comunicación entre padres e hijos para evitar conductas de riesgo ante el intento suicida. El cariño, la comprensión, la comunicación y la orientación a tiempo son las mejores herramientas preventivas para dicha problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- 📁 Aberastury A. y Knobel M. (1997). *La adolescencia normal*. México., Ed. Páidos.
- 📁 Adams, R (1976). Personal identity formation: a synthesis of cognitive and ego psychology. *Adolescence Vol.12 (46)*, pp. 151-164.
- 📁 Alcántar Escalera Maria Isabel (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- 📁 Arias Gómez J., Cárdenas N., Alonso V., Morales C., López G. (1994). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 51 (11), pp. 86-95.
- 📁 Aristóteles (1945). *Ética a Nicomaco.*, Traducción de Patricio de Azcarate., 2ª Ed. Buenos Aires: Espasa-Calpe.
- 📁 Ausubel, D.P. (1954). *Theory and problems of adolescent development*. Ed. Grune and Straton.
- 📁 Ballesteros-Usano M. (1955). Suicides in adolescence. *Proceeding of the international congress of mental health*, pp. 282-289.
- 📁 Bianchi, A. (1986). *Psicología de la Adolescencia*. Buenos Aires., Ed. Troquel.
- 📁 Bion, W., (1957). Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, pp. 266.

-
- 📁 Borges G., Rosovsky H., Gil a., Pelcastre B. López J. (1993). Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencias. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría 4.*, pp. 198-203.

 - 📁 Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.

 - 📁 Blos P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ed. Joaquín Mortiz, México 3ª Ed.

 - 📁 Blos P. (1981). *La transición adolescente*. Asappia., Ed. Amorrortu.

 - 📁 Cameron, N. (1982). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. Ed. Trillas. México.

 - 📁 Casullo M. M., Bonalbi P. D., Fernández M., (2000). *Comportamientos suicidas en adolescentes, morir antes de la muerte*. Ed. Lugar Editorial., Buenos Aires Argentina. pp. 11-43.

 - 📁 Cole DA., (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of abnormal Psychology*, 98 pp. 248-255.

 - 📁 Coser, L. (1961). *Las funciones del conflicto social*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

 - 📁 Costanzo, P. R., & Shaw, M. E. (1966). Conformity as a function of age level. *Child Development*, 37. pp 967-975.

 - 📁 Craig, GJ (1994). *Desarrollo Psicológico*. México., Ed. Prentice-Hall.

-
- 📁 Davidson S. Suicidio. En: Lorraine S (1992). *Agonía muerte y duelo*. México: Manual Moderno.

 - 📁 Derflinger Colín Ma. De Lourdes. (1991). “*Autoconcepto en adolescentes farmacodependientes y Autoconcepto en adolescentes no farmacodependientes. Estudio comparativo*”, Tesis de Licenciatura IUCE., México, D.F.

 - 📁 Desjarlais R, Eisenberg L, Byron G, Kleinman A., (1995). *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Presss.

 - 📁 Deyken E., Buka S., (1994). Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. *American Journal of Public Health 84*, pp. 634-639.

 - 📁 Díaz Guerrero, R. (1984). Tristeza y sicopatología en México. *Salud Mental, (2)*, pp. 3-9.

 - 📁 Diekstra R., Garnefski, N. (1995). On the Nature, Magnitude and Causality of Suicidal Behaviors: And International Perspective. *Suicide and Life-Treatening Behavior. 25. (1). Spring*.

 - 📁 Diekstra R. (1989) Suicidal Behavior and Depressive Disorders in Adolescents and Young Adults. *Neuropsychobiology 22*, pp. 194-207.

 - 📁 Diekstra R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica (supl)*. pp. 9-20.

-
- 📁 Diekstra R. (1990). Suicide and parasuicide: social correlates of recent trends. *En Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division), Psychiatry: A World Perspective, 1.* pp. 853-9.

 - 📁 Douvan E, Adelson J. (1966). *The adolescent experience.*, New York. Ed. John Wiley & Sons.

 - 📁 Dulanto Gutiérrez E. (2000). *El adolescente (Asociación Mexicana de Pediatría, A.C.)* Ed. Mac Graw Hill Interamericana México Cap. XX (La adolescencia como etapa existencia) y XXI (Desarrollo psicosocial normal) pp. 143-221.

 - 📁 Durkheim E. (1951). *Suicide.* New York. The Free Press (original work published 1897).

 - 📁 Durkheim E. (1897). *El Suicidio.* México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1974.

 - 📁 Encarta (2001). *Suicidio.* Enciclopedia® Microsoft®. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

 - 📁 Engel, M. (1959). The stability of the self-concept in adolescence. *Journal abnormal social psychological 58.* pp. 211-215.

 - 📁 Erikson, E. (1980). *Identidad, juventud y crisis.* Taurus ediciones., S. A., España.

 - 📁 Erikson, E. *Sociedad y Adolescencia.* Ed. Siglo XXI., 10ª edición., México.

-
- 📁 Farberow, N. y Shneidman, E. (1994). *!Necesito ayuda! estudio sobre el suicidio y su prevención*. Ed. Fournier., México.

 - 📁 Freud, A. (1958). "Adolescence" en Eissler: *Psychoanalytic study of the child*. International University, XIII, Nueva York. pp. 225.

 - 📁 Freud, A. (1969). *Adolescence psychosocial perspectives*. San Francisco., Ed. Basic Boles INC.

 - 📁 Freud, A. (1975). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós.

 - 📁 Friedenberg, E. Z. (1959). *The vanishing adolescent*. Ed. Dell., New York.

 - 📁 Garrison C. (1989). The study of suicidal behavior in the schools. *Suicide and Life Threatting Behavior*, 19, pp. 120-130.

 - 📁 Goldney R.D. et al. (1989). Suicidal ideación in a Young adult población. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 79, pp. 481-489.

 - 📁 González-Forteza y Andrade P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), pp. 41-48.

 - 📁 González-Forteza C, Berenzon S, & Jiménez JA. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 22 (especial). pp. 148-151.

 - 📁 González-Forteza C, (1995). Aspectos psicosociales del suicidio en los adolescentes mexicanos. *Psicología (Madrid)* 15 (4). pp. 157-161.

-
- ☞ González-Forteza C, Borges G., Gómez C. & Jiménez JA. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual perspectivas. *Salud Mental*, 19 (Suplemento abril), pp. 33-38.

 - ☞ González-Forteza C., Mariño M.C., Rojas E. Mondragón L. & Mora- Medina M.E. (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), pp. 165-175.

 - ☞ González-Forteza C, Ramos Lira L, Caballero MA & Wagner F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psichotema Vol. 15 No. 4.* pp. 542-532.

 - ☞ González-Forteza C, Ramos Lira L, Pérez Campuzano E. (2000). Relaciones de papá y mamá con sus hijos adolescentes: aspectos que inciden en la problemática suicida y el malestar emocional. *La Psicología Social en México, Vol. VIII, México: AMEPSO.*

 - ☞ González-Forteza C, Ramos Lira L, Mariño MC. & Pérez Campuzano E. (2002). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48 (1-4), pp. 74-84.

 - ☞ González-Forteza C, Villatoro JA, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P. & Amador N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes de la Ciudad de México: Medición 2000. *La Psicología Social en México. In AMEPSO (Editor) (Ed)*, pp. 298-304.

 - ☞ Grinberg, L. Grinber, R. (1980). *Identidad y cambio.* Ed. Paidós.

 - ☞ Grinder, E. (1982). *Adolescencia.* México. Ed. Limusa.

-
- 📁 Grollman, E. (1971) *Suicide: Prevention, Intervention, Postvention*. Boston: Boston Press.

 - 📁 Gunell DJ. (2000). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry* 12(1). pp. 21-26.

 - 📁 Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, Vols. 1 y 2. New York: Appleton.

 - 📁 Hall, G. S. (1904). *Adolescence*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey; Prentice Hall.

 - 📁 Harlow, H. F., & Harlow, M. K. (1962). The effect of rearing conditions on behavior. *Bulletin of the Menninger Clinic* 26. pp. 213-224.

 - 📁 Hajar, Rascón, Blanco y López, (1996). Los suicidios en México. Características Sexuales y Geográficas (1979-1993). *Salud mental*, 19 (4), pp. 14-21.

 - 📁 Hoffman Lois. (1996). *Psicología del Desarrollo Hoy Vol. II*. Madrid, España. Ed. Mac Graw Hill.

 - 📁 Horrocks JE, (1990). *Psicología de la Adolescencia*. México. Ed. Trillas.

 - 📁 Hurlock Elizabeth B. (1994). *Psicología de la adolescencia*. México, Ed. Paidós.

 - 📁 INEGI. (1990). Tasa de suicidios consumados (intentos de suicidio) en la población masculina, femenina y total por edad en la república mexicana, 1970-1990. Anuario estadístico de la república mexicana; México.

-
- 📁 INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1998). *Estadísticas de suicidio e intentos de suicidio*. México.
 - 📁 INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios consumados. Cuaderno No. 4*, INEGI; México.
 - 📁 Jiménez, JA. y Díaz Cevallos MA. (1995). Suicidio e intento suicida. *Aspectos epidemiológicos psiquiátricos*. 4 (5), pp. 85-88.
 - 📁 Jiménez JA. & 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). pp. 35-46.
 - 📁 Josselyn, M. (1979). *El adolescente y su mundo*. Ed., Psique, Buenos Aires.
 - 📁 Lehalle Henry. (1986). *Psicología de los adolescentes*; (Cap. 6); Ed: Crítica; Grupo Editorial Grijalbo; Barcelona.
 - 📁 Macmurray, J. W. (1953). *The self as agent*. Londres, Faber & Faber.
 - 📁 Marcia J. (1993). *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. New York. *Springer Verlag*.
 - 📁 Matus Calzadillas E. (1990). *El adolescente suicida factores psicológicos y sociales que influyen en su decisión*. Tesina UNAM México D.F.
 - 📁 MacKinney, J.P; Fitzgerald, H. E. y Strommen, E.A.,(1982). *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. Ed. Manual Moderno, México.

-
- 📁 Marchiori, H. (1998). *El suicidio, enfoque criminológico*. Argentina: Porrúa.

 - 📁 Medina-Mora ME, López EK., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon S., Rojas E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. *Anales. IX Reseña de la Reunión de Investigación y Enseñanza*. pp. 7-14.

 - 📁 Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.

 - 📁 Mussen, H., Conger, J., y Kagan, J. (1982). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Ed. Trillas. México.

 - 📁 Muuss R. (1978). *Teorías de la adolescencia*. Buenos Aires., Ed. Paidós, México.

 - 📁 Navarro Rojas A. (1995). *Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

 - 📁 Nollan y Callan (1991). *The Adolescent in the Family*. Routledge, Londres.

 - 📁 Nuttin, J. (1973). *La estructura de la personalidad*. Ed. Kapelusz., Buenos Aires., Argentina.

 - 📁 Oetting, E.R., Deffenbacher, J.L y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary Socialization theory: the role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance use and misuse*. 33. pp. 1337-1366.

 - 📁 Patiño, J. (1980). *Psiquiatría Clínica*. Ed. Salvat. Biblioteca Médica Mexicana.

-
- 📁 Platón. *Diálogos de Platón* (1988). 1ª reimpresión SEP., Ed. Universidad Nacional de México

 - 📁 Rocheblave, S. A. (1980). *El adolescente y su mundo*. Ed. Herder., Barcelona.

 - 📁 Sáiz, P.A., González, M., Cocaña, I., Bobes, J. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.

 - 📁 Saucedo M, Heman C, Saltijeral M, Martínez P. (1997). El intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 54 (4). pp. 169-175.

 - 📁 Souza y Machorro. (1995). *Educación en salud mental para maestros*. México: Manual moderno.

 - 📁 Stengel E. (1965). *Psicología del suicidio y de los intentos suicidas*. Buenos Aires, Paidós.

 - 📁 Stone, J. L. y Church, J. (1959). *Niñez y adolescencia, psicología de la persona que crece*. Ed. Macagno, Landa y Cia., Buenos Aires., Argentina.

 - 📁 Sulkes, A. y Lazard, P. (1978). *Algunas técnicas en la prevención del suicidio y su posible aplicación en México*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Iberoamericana.

 - 📁 Swanson J. W., Linskey A., Quintero-Salinas R., Pumariega A., Holzer C. (1992). A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31. pp. 669-678.

-
- ☞ Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9 (1). pp. 74-80.

 - ☞ Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos, algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México* 28, pp. 48-55.

 - ☞ Terroba, Saltijeral y Gómez (1988). El suicidio y el intento de suicidio. Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. *IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, pp. 310-315.

 - ☞ Van Edmond, M., Diekstra (1989). *Suicide and its prevention*. E. U.: Brasil.

 - ☞ Vega, W. A., Gil, A., Warheit, G., Apospori, E., Zimmerman, R. (1993). The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among African American and Hispanic male adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (2), pp. 110-118.

 - ☞ Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

 - ☞ Villatoro JA, Andrade P, Palos C. Medina-Mora ME, Reyes L, & Guevara R. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental Vol. 20 No. 2 Junio*, pp. 21-27.

 - ☞ Villatoro JA, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, & González C (2003). El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿Dos Problemas entrelazados?. *Servicios de Salud Mental* 2(1), pp. 5-12.

- 📁 Villatoro y cols. (1997). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior medición otoño 1997, D.F.*

- 📁 Villatoro y cols. (2003). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior medición otoño 2003, D.F.*

- 📁 Villatoro, Alvarado, Cruz, Hernández, Puig y Medina-Mora (2003). *¿Qué onda con tu vida? ¿Quieres saber dónde estás parado?.*

- 📁 Wichstrom L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39 (59)*. pp.603-610.

ANEXO

SECCIONES DEL INSTRUMENTO UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

Datos sociodemográficos

1. ¿Eres?	Hombre.....1 Mujer.....2
2. ¿Qué edad tienes?	Años..... _ _
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el año que cursas)	Grado..... _
4. La mayor parte del año pasado ¿Fuiste estudiantes?	Fui estudiante el año pasado.....1 Fui estudiante de medio tiempo.....2 Fui estudiante de tiempo completo.....3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé.....1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias).....2 Si trabajé tiempo completo (8 horas).....3

6. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):	7. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá):
Tengo papá.....1 Lo sustituye algún familiar.....2 Otro:.....3	Tengo mamá.....1 Lo sustituye algún familiar.....2 Otro:.....3

8. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna de **Sí** con quienes vives y da una respuesta para cada inciso?)

	Sí	No		Sí	No
a) Papá / sustituto	1	2	d) Otro (s) familiar (es)	1	2
b) Mamá / sustituta	1	2	e) Amigos	1	2
c) Hermano (s)	1	2	f) Otro (s)	1	2

<p>9. ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia?; esto es, de la persona que aporta la mayor cantidad de dinero en tu hogar.</p>	<p>Sin educación formal.....1 Escuela primaria.....2 Secundaria o equivalente.....3 Preparatoria o equivalente.....4 Escuela vocacional.....5 Universidad.....6 Post-grado.....7 Otro, especifica: _____ 8</p>
<p>10. Por favor escribe en las líneas el nombre del estado y la ciudad en que has vivido la mayor parte de tu vida</p>	<p><i>Estado:</i> _ _ <i>Ciudad:</i>..... _ _</p>

Intento suicida

Para la presente investigación solamente se consideraron tres reactivos: intención del intento suicida 58 f, el motivo del intento suicida 58 g y el método 58 i.

58 a. ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?	Una vez.....1 Más de una vez.....2 Nunca lo he hecho.....3
58 b. ¿Qué pasó esa o esas veces que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?	Sólo lo pensé.....1 Estuve a punto de hacerlo.....2 Lo hice.....3 Nunca lo he hecho.....4
58 c. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Lo he hecho..... __ veces Nunca lo he hecho.....98
58 d. ¿Qué edad tenías <u>la primera o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Tenía..... __ años Nunca lo he hecho.....98
58 e. ¿Qué edad tenías <u>la última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?	Tenía..... __ años Sólo lo hice 1 vez.....97 Nunca lo he hecho.....98
58 f. Esa <u>última o única vez</u> que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida a propósito ¿Qué querías?	No me quería morir, quería seguir viviendo.....1 No me importaba si vivía o moría.....2 Quería dejar de vivir, quería morir.....3 Nunca lo he hecho.....8
58 g. La <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Qué te motivo a hacerlo? <i>Puedes marcar más de una opción</i>	Problemas familiares.....01 Problemas con mi novio (a) o pareja.....02 Problemas con mis amigos (as).....03 El sentirme solo (a), triste o deprimido (a).....04 Problemas en la escuela.....05 Incomprensión o falta de cariño de mi familia.....06 Problemas personales.....07 Por querer llamar la atención.....08 Porque se murió alguien a quien he querido mucho.....09

	Porque han abusado sexualmente de mí.....10 Otra razón.....11 Nunca lo he hecho.....98
58 h. Por favor, describe con más detalle el motivo por el cual lo hiciste la última o única vez. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca lo he hecho.....98
58 i. <u>La única o última vez</u> que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Cómo lo hiciste? <i>Puedes marcar más de una opción</i>	Tomé pastillas o medicamentos.....01 Me corté con un objeto filoso.....02 Me disparé con un arma de fuego.....03 Traté de ahorcarme o de asfixiarme.....04 Tomé veneno.....05 Me intoxicqué con drogas.....06 Me aventé de una parte alta hacia el piso.....07 Dejé de comer.....08 Me aventé al tránsito.....09 Lo hice de otra forma.....10 Nunca lo he hecho.....98
58 j. Por favor, describe con más detalle la forma como lo hiciste <u>la única o última vez</u> . <i>Anota tu respuesta en las líneas.</i>	_____ _____ Nunca lo he hecho.....98
58 k. <u>Esa única o última vez</u> ¿Para qué lo hiciste? <i>Anota tu respuesta en las líneas.</i>	_____ _____ Nunca lo he hecho.....98

Ambiente familiar

Esta escala esta conformada por 18 reactivos clasificadas en 5 áreas de evaluación del ambiente familiar: Área de Hostilidad y rechazo (a, d, g, i, l, m); Comunicación del hijo (b, j, o); Apoyo de los papás (k, n, p); Comunicación de los papás (c, n1, q); y Apoyo significativo del hijo (e, f, h).

56. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Con Mucha Frecuencia
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás.	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás.	1	2	3	4
c) Mis papás me comentan sus problemas más importantes.	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan.	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo.	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos.	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar.	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas.	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen.	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales.	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas.	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que solo les doy problemas.	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás.	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo.	1	2	3	4
n1) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papas mis problemas personales.	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás.	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes.	1	2	2	3

Grupo de pares

La función principal de ésta escala es evaluar la relación e influencia del adolescente con su grupo de pares. Por medio de dos categorías: Características de grupos prosociales (factores de protección) medidas a través de 3 reactivos (a, d, e); y Características de grupos antisociales (factores de riesgo) medidas a través de 5 reactivos (b, c, f, g, h).

61. ¿Cuántos (as) de tus amigos (as)...	Ninguno	Algunos (as)	La mayoría	Todos (as)
a) Van a la escuelas?	1	2	3	4
b) Han tenido relaciones sexuales?	1	2	3	4
c) Fuman cigarros?	1	2	3	4
d) Practican algún deporte?	1	2	3	4
e) Tienen buenas calificaciones en la escuela?	1	2	3	4
f) Tienen problemas con sus papás?	1	2	3	4
g) Consumen bebidas alcohólicas?	1	2	3	4
h) Consumen drogas?	1	2	3	4