



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA SUICIDIO  
PARA ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 18 AÑOS”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G I A**

P R E S E N T A :

**MITZY DANIELA HERNANDEZ BOBADILLA**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. VERONICA GONZÁLEZ GARCÍA.

MÉXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos.

---

Cuando empecé este sueño se me hacía largo el camino, mas hoy ese sueño es realidad y no lo hice sola hubo quien estuvo ahí en cada paso, en cada día de desesperación y en cada día de alegría a esos grandes seres les entregó el día de hoy ese sueño terminado en hojas blancas y empastado para que se acuerden que no hay sitio más hermoso bajo el cielo que su compañía. Empezare esta gran lista de agradecimientos por dios que me permitió llegar a este punto con la bendición de unos padres que me han alentado a seguir adelante y a esforzarme. Mi Mamá Mercedes por tus mimos y consejos, a mi papá Héctor por enseñarme de dedicación y perfección, mis hermanos: Adrian que me a enseñado a que todo se puede en esta vida queriendo, a Jimena que me ha enseñado "Pierde el tiempo en ser feliz" me da su amor y me demuestra que siempre está a mi lado, a Se-tsu que me enseñado a ser fuerte, y que no importa que tan lejos se encuentre otro continente tu lo llevas en el corazón, de igual manera le agradezco a mis cuñados Iris por regresarme a la tierra con tus consejos y Gerardo que apoya mis locuras y siempre me tiende una mano, a mis sobrinos Frida, Ernesto, Andrés y Héctor porque me enseñaron que la inocencia es el mejor remedio para un día en caos, "un pie empuja el otro", por sus sonrisas que llenan de amor mi vida.

Gracias a Fredy porque me ha demostrado que no importa la distancia con tal de estar con la familia.

Gracias a la familia Contreras Garcia: Sra. Leonor y Sr. Mundo, Maribel, Lilian y Santiago por el infinito apoyo que me han demostrado por tantos años y en especial a Crisof por ser mi mejor amiga y confidente por excelencia, gracias por confiar en mí y quererme tanto.

Gracias a Leo por la paciencia con la que me tratas, por no gritar y por aguantar siempre en la línea roja.

Gracias a A.J.C por ser mi compañía durante toda la carrera, por tus jalones de orejas, confianza y

por estar en mi vida, no importa donde estas siempre estás en mi corazón.

Gracias a Verónica González sin ti este sueño no estaria en papel y únicamente viviría en mi cabeza, tu tiempo, dedicación y pláticas confirman que hay en ti una excelente profesora y persona.

Gracias a Ignacio Maldonado que he contado con su presencia en diferentes roles y cada uno es más sorprendente que el otro, gracias por contribuir con este trabajo pero sobre todo gracias por toda la ayuda en mi persona.

Gracias a mis amigos que me animan constantemente, me despiertan a las tres de la mañana y de la misma manera me contestan a las dos, por estar en las buenas y en las malas los quiero mucho (Antonio, Javier, Arturo, Rosio, Doc Juan, Jessi, Yadira.

Gracias a la Universidad Salesiana que me dio una buena formación, llevo en mi corazón una infinidad de recuerdos bellos en cada uno de los pasillos y conservo grandes amigos.

Gracias a mis profesores Jorge, Emiliano, Blanca, Francisco Marta Laura, Alejandro, Isacc, Miriam, me enseñaron a amar mi carrera y querer saber más.

Hoy me doy cuenta que no importa cuánto tiempo tarde en cumplirse un sueño, siempre y cuando se mantenga vivo en el corazón, se recree en los pensamientos y se comparta con las personas que nos aman.

Y como diría Gabriel García Márquez "la vida no es lo que uno vivió, sino como se recuerda"....

Dan Hernández.

## Dedicatoria.

---

*Las noches de desvelo, las mañanitas, los días de cansancio extremo dieron como resultado la tesis que tienen en sus manos, esto es para ustedes Mamá y Papá por darle la oportunidad de ser lo que soy hoy.*

*Los amo Don.*

*Hoy puede ser un gran día date una oportunidad.*

# INDICE

---

<b>CAPITULO</b>	<b>PAGINA</b>
ii.- Agradecimientos.....	li
iii.- Dedicatorias.....	lii
1.- Adolescencia.....	1
2.- Suicidio.....	44
3.-Suicidio como consecuencia del vacío existencial.	82
4.-Prevención.....	95
Conclusiones.....	122
Anexo.....	127
Bibliografía.....	128

# CAPITULO 1

# ADOLESCENCIA



**INTRODUCCIÓN**

En la actualidad uno de nuestros mayores intereses se ha centrado en el desarrollo y génesis de la conducta suicida en los adolescentes, dado que en las distintas áreas de investigación se nota un claro incremento en dicha conducta, ejemplo de esto son los datos estadísticos del INEGI y la producción de programas preventivos en las distintas instituciones gubernamentales de nuestro país con la única finalidad de reducir el alto índice de mortandad en los adolescentes, por lo tanto es necesario iniciar con la conceptualización de adolescencia y todos sus procesos de desarrollo.

**ANTECEDENTES**

En el siglo XX se observó el surgimiento de un mayor interés por la adolescencia. Desde la mitad del siglo, ese interés ha crecido en forma acelerada y a menudo aunado a una atención hacia el adolescente lo cual se veía raras veces en las generaciones anteriores. Los registros (que van desde poemas hasta descripciones fisiológicas detalladas) que hablan acerca de ésta, se remontan hasta los primeros días de la historia escrita y continúa hasta nuestros días; por ello los antropólogos han descrito con lujo de detalles las conductas sociales de las culturas primitivas y los historiadores han indicado como las civilizaciones antiguas reconocían este periodo por medio de ceremonias y cultos, por ejemplo, en Roma durante la festividad de la Liberália se describía a los muchachos de 16 años como “ *los que visten la toga viriles*”, estos actos formales dentro de las

culturas, generó un interés acelerado por describir a la adolescencia, desde sus inicios hasta las más avanzadas.

Sin embargo antes de la última mitad del siglo XIX estudios sistemáticos acerca de la adolescencia encontraban principalmente en escritos de filósofos y pedagogos interesados en el comportamiento de los jóvenes. Encontrando entre estos a los mas representativos que son: Aristóteles, Platón, Francke, Fröebel, Rousseau y Pestalozzi, por lo que considero necesario mencionar de forma breve las aportaciones de estos estudiosos en torno a este tema.

Aristóteles (1945) en su *Historia Animalium* describió los aspectos físicos de la pubertad y con cierto detalle las características sexuales secundarias correspondientes a esta edad; consideró los aspectos psicológicos de la pubertad en su *Retórica*. Platón (1988) incluyó los puntos de vista de la juventud en sus *Diálogos*, entre los que se encuentran el interesante ejemplo de la queja que presentó Lisias a Sócrates porque no se le permitía manejar los caballos de la familia.

En el siglo XVII Francke (1964) dio una conferencia en la Universidad de Leipzig, acerca de la educación los niños y de los púberes. Fröebel (1826) pensaba que la función de los padres era vivir para sus hijos y sacrificarse por ellos, pero que éstos últimos debían aprender a su vez, el autosacrificio y servir a los demás siguiendo el ejemplo de sus padres. No obstante Fröebel consideraba que el juego



y el trabajo eran una combinación inseparable, puesto que el juego era la actividad más pura y espiritual de los niños, y que constituiría la base en la que debían desarrollarse las percepciones del adulto en cuanto a significado de la vida. En el *Emilio*, Rousseau (1972) describió con cierta extensión los eventos del periodo comprendido entre los 12 y los 15 años que llamó la edad de la razón, observó que la llegada a la pubertad es el suceso más crítico en la secuencia del desarrollo; propuso un periodo de desarrollo bien definido con lo que se anticipó a muchos escritores modernos. Por su parte, Pestalozzi (1801) estaba particularmente interesado en las capacidades intelectuales de los jóvenes y enfocó el asunto de manera muy distinta, su filosofía postula la necesidad de distinguir el lapso entre el pensamiento y la acción, destacar la importancia de educar, la destreza y la habilidad manual, resultados de esta filosofía a fin de que pudiera lograrse la satisfacción de un trabajo bien realizado. Uno de los resultados de esta filosofía y que es ocupado aun en nuestros días en el nivel medio superior es la promoción de la capacitación manual.

Herbert (1864) constituyó el puente real entre las discusiones especulativas de sus predecesores y la psicología que surgiría más adelante. Herbert consideró que la ontogénesis<sup>1</sup> era una recapitulación de las etapas tanto filogenéticas<sup>2</sup> como culturales del desarrollo humano. Consideró que el desarrollo contenido entre los 10 y 17 años de edad es el de mayor susceptibilidad a la enseñanza. Sin embargo

---

<sup>1</sup> La ontogénesis es el desarrollo del individuo.

<sup>2</sup> La filogénesis es el desarrollo de la especie.

---

este lleva implícito el concepto de desarrollo de la capacidad intelectual<sup>3</sup>, propuesto por Binet y sus seguidores.

Así mismo, G. Stanley Hall quien resumió su propio pensamiento y la extensa investigación sobre Adolescencia en una obra de dos volúmenes y 137 páginas publicada en 1904 con el nombre de La Adolescencia, en esta sostenía que la evolución del desarrollo de la especie humana se basaba en la estructura genética de cada individuo y que el crecimiento y el desarrollo desde la concepción hasta la madurez eran tan solo un despliegue de recapitulación secuencial en las etapas por las que la humanidad había pasado en su evolución.

Hall postuló que durante los primeros 20 años de vida ocurrían cuatro etapas principales: a) infantil (primeros 4 años), b) niñez (de los 5 a los 7 años), c) mocedad (de 8 a los 12 años), pubertad (de los 13 a los 24 años).

Este autor consideró que la pubertad era un periodo de gran desequilibrio y desajustes emocionales pero que tenía ciertos factores compensatorios.

En las líneas anteriores se presentó una descripción de cómo varios autores empezaron a introducir a la adolescencia en sus investigaciones, pero ¿cómo se puede llegar entonces a una definición de adolescencia en la que se consideren todas las ramificaciones del uso que se le ha dado a este término? En respuesta

---

<sup>3</sup> Donde se concibe al desarrollo de la capacidad intelectual como la adquisición progresiva de mecanismos intelectuales básicos en correlación con su edad cronológica con el fin de detectar el adelanto o el retraso en el mismo

a esta interrogante, definiremos a esta etapa de dos maneras, en primer lugar se verá una definición que considera al adolescente desde el punto de vista biológico conocido como pubertad, para después dar entrada al concepto de adolescencia como tal y la diferencia entre estos dos.

Primeramente a la madurez biológica se le conoce como pubertad, misma que señala el término de la niñez y da como resultado un rápido aumento de estatura, peso en las proporciones, formas corporales y la adquisición de la madurez sexual; estos impresionantes cambios físicos, forman parte de un largo proceso de maduración.

La pubertad está marcada por grandes cambios entre los cuales se encuentran, “el estirón” adolescente, la maduración de órganos reproductivos, el crecimiento muscular y los cambios hormonales.

La pubertad es, en esencia un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual al intensificarse la producción de hormonas que caracteriza esta etapa, se tiende el puente entre el niño y el adulto.

La pubertad se presenta a través de un periodo de crecimiento físico y de movimiento centrífugo<sup>4</sup> que bajo la acción de nuevas secreciones producen modificaciones corporales en el niño y la niña. Es constante y rápido el desarrollo del cuerpo, una realidad que no escapa a la percepción del joven ya que nota que

---

<sup>4</sup> Taber, 1978 Centrífugo: que va de afuera hacia adentro

se transforma día a día. Deja de reconocer su propio esquema corporal, se siente mal dentro de su propio cuerpo y se pregunta con angustia sobre su aspecto físico, lo cual genera en él un sentimiento de desintegración, de inseguridad e inferioridad.

Es por ello que los cambios físicos en los niños y las niñas durante la pubertad incluyen el “estirón adolescente”<sup>5</sup> es decir, un aumento rápido de estatura y de peso que generalmente comienza hacia los 10 ½ años en las mujeres y hacia los 12 ½ en los varones, llegando a su nivel máximo a los 12 en ellas y a los 14 en ellos. El adolescente normal alcanzara su estatura adulta aproximadamente a seis años después de iniciado el estirón (Taner, 1978).

El estirón adolescente comienza con el agrandamiento de las manos, de los pies a los brazos y las piernas. A esta etapa le sucede el crecimiento del torso con lo cual el cuerpo recobra sus proporciones. El primer signo de pubertad en el niño, será el aumento del tamaño testicular, el escroto comienza a cambiar de color tornándose más pigmentado y con mayor movimiento, el pene aumenta de longitud y grosor, la voz infantil pasa a hacerse grave y profunda al irse desarrollando la laringe. El vello púbico se hace presente en la base del pene, sus características son el ser escaso y lacio, para posteriormente y través del proceso maduracional puberal hacerse abundante, grueso y pigmentado, presentándose también hacia la cara interna de los muslos y ascendiendo en una línea hacia el abdomen. En la cara, los signos pilosos se inician sobre el labio superior para

---

<sup>5</sup> Idem, Incremento sostenido en la estatura y peso que precede a la madurez sexual

posteriormente generalizarse a barba y patilla. Al mismo tiempo que los testículos crecen, la próstata también lo hace presentándose en este momento las primeras eyaculaciones que suelen conocerse como “sueños húmedos”. Las glándulas sebáceas y sudoríparas incrementan considerablemente su producción, haciendo su aparición en este momento el acné tanto en la cara como en la parte anterior del tórax y en la espalda, el olor del sudor se hace fuerte y penetrante. Hacia la mitad de la pubertad, las tetillas se hacen hipersensibles aumentando de tamaño, éste puede variar, probablemente sean tan pequeñas que pasen inadvertidas, pero en el diez por ciento de los jóvenes pueden llegar a alcanzar ocho o más centímetros de diámetro, lo cual será ya aparente no sólo para el propio adolescente sino también para sus compañeros, causándole problemas de inseguridad acerca de su masculinidad, tendiendo a desaparecer este proceso espontáneamente al finalizar la pubertad. Otro fenómeno del desarrollo sexual masculino que suele causar turbación y ser motivo de aislamiento es el cambio de tono de voz, el crecimiento de la laringe y alargamiento de las cuerdas vocales produce esta variabilidad; además, el timbre que la hace distinta de la voz del adulto y del de la niño depende del agrandamiento de los espacios de resonancia como son la cavidad de la boca, el maxilar y la nariz.

En la mujer, el primer dato que indica que la pubertad se ha iniciado es el crecimiento de las mamas, que puede ser uni o bilateral, al mismo tiempo empieza a presentarse salida de secreción mucosa transparente por los genitales, en escasa cantidad al principio y un poco más abundante aproximadamente seis

---

meses antes de que se presente la primera menstruación. Estos cambios se presentan ahora cada vez a más temprana edad, de los nueve años en adelante es ya frecuente encontrar niñas con caracteres sexuales secundarios<sup>6</sup>.

El vello púbico tiene características similares al de los varones, es escaso y lacio primeramente y después grueso y rizado. El vello axilar hace su aparición y ocasionalmente puede no presentarse. El primer sangrado menstrual es un evento tardío en el proceso pubescente de la niña pero conlleva tanta importancia en el contexto social que se le considera el momento en que la niña pasa a “ser mujer”. Los cambios corporales hacen que el adolescente no tenga una imagen objetiva de sí mismo, además la influencia del ideal masculino o femenino del momento le hacen sentirse lleno de imperfecciones.

Estos notables cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas, la mayoría de los adolescentes están preocupados por la apariencia, y a muchos no les gusta como se ven en el espejo, las muchachas tienden a sentirse más insatisfechas con su apariencia que los chicos y esta imagen corporal negativa puede generar en ellas la producción de diversas problemáticas, siendo el más frecuente problemas alimenticios.

---

<sup>6</sup> Monroy, Anameli, Salud, Sexualidad y Adolescencia, Editorial Pax México, 1885. p.p 45

Este periodo de crisis entre la niñez y la edad adulta es conocido como adolescencia, que proviene del latín *adolescere* que significa “crecer hacia” o “crecer” (*ad*, “hacia”, *olesere*, “crecer o ser alimentado”),

El inicio de la adolescencia presenta tránsito de un estado de ánimo en reposo hacia una situación tumultuosa, sobre todo en lo que se refiere:

- A los impulsos interiores, a los deseos, a las aspiraciones, a los estados de ánimo y humor.
- A la escala de valores, a los conceptos éticos y a la conducta moral.
- A la valoración del pasado y a sus perspectivas a futuro.

Este cúmulo de sentimientos y emociones, hecho de discrepancias y oposiciones que recorren todos los grados de la respectiva escala jerárquica, llevan al joven a una crisis, transformando su comportamiento y adaptación al ambiente familiar, escolar y social, capaz de dar otra dinámica estructural a sus predisposiciones de reorganizar la dinámica de su personalidad de manera muy distinta a su pre adolescencia.

Estos efectos de interrelación del desarrollo puberal con el afectivo y emocional conlleva constantes cambios emocionales e inestabilidad psicológica afectiva, dando lugar a la adolescencia, como una fase del desarrollo de la existencia humana, donde el adolescente se encuentra sujeto a las leyes del crecimiento y evolución corporal y a una renovación en la estructura y la dinámica de sus sentimientos y percepciones de un nuevo despertar.



Siendo así que en la adolescencia se crea un nivel afectivo, que supone un enriquecimiento de la sensibilidad, expresada a través de un modo distinto de amar como corresponde a una reorganización profunda de los procesos y de los móviles afectivos, exteriorizados a través de estados emocionales mucho mas fuertes que antes.

Sin embargo algunos autores generan cierta controversia al tratar de determinar cuáles son las condiciones o procesos que intervienen en este periodo de adolescencia por lo que para entenderlos mejor son divididos y definidos de la siguiente manera:

El primero es el que se conoce como Adolescencia temprana (aproximadamente de los 11 o 12 años a los 14 años) esta etapa se caracteriza por la búsqueda de autonomía, independencia e identidad, en esta última la presencia de una conducta de rebelión a todo aquello que signifique autoridad no es otra cosa que el tratar de establecer sus propios principios y juicios de valor que son el inicio del pensamiento abstracto.

Características:

- Se inicia con la pubertad.
- Aumento notable de peso talla y fuerza corporales.
- Gran curiosidad sexual.
- Aparición de las características primarias sexuales.
- Preocupación por los cambios físicos.
- Búsqueda de la autonomía o independencia.

- Búsqueda de la propia identidad.
- Rebelión contra la autoridad.
- Regresión a los hábitos de la niñez.
- Egocentrismo.
- Isofilía (grupos del mismo sexo).
- Cambios imprevisibles en la conducta y emotividad.
- Ambivalencia emocional.
- Inicio del pensamiento abstracto.
- Probar los valores de otros para buscar los propios.
- Masturbación.
- Enamoramientos platónicos.
- Desfasamiento entre la madurez biológica y psicosexual.

Es por esto que la adolescencia está matizada por muchos y muy rápidos cambios tanto internos como externos debidos a la aparición de la pubertad.

Por lo cual la respuesta del adolescente a ella es en general, de preocupación por tamaño y posición de los órganos genitales (en el varón); mientras tanto en la mujer, su preocupación está centrada en tamaño de los senos y la función de la menstruación; a sí mismo de forma genérica el adolescente muestra preocupación por la estatura corporal, acné, acrecentamiento de los impulsos sexuales y agresivos que no sabe manejar, la comparación de sí mismo con los amigos , la nueva conciencia que tiene de su cuerpo y sentimientos bisexuales que le provocan confusión.

Ahora bien con el funcionamiento hormonal aparece un desequilibrio emocional, en donde el joven busca la descarga de su impulso en la masturbación, que

aparece como parte normal de su crecimiento y desarrollo psicosexual, a menudo esta se acompaña de fantasías de todo tipo, este tipo de respuesta en el adolescente no le causa ningún daño físico o mental a excepción de que le provoque fuertes sentimientos de culpa.

Por lo tanto los conflictos bisexuales a los que se enfrenta el adolescente son parte del desarrollo de este, es decir, pertenecen a una etapa de maduración en donde él está probando su identidad sexual a través de las distintas actitudes sexuales que se presentan entre individuos del mismo sexo de forma frecuentes durante esta etapa de la vida, dado que este se siente íntimamente ligado a su grupo; por lo que no deben ser consideradas como preámbulo a la homosexualidad.

Es importante mencionar que el adolescente pasa la mayor parte del tiempo con su grupo de pares, hecho que le ayuda a independizarse del núcleo familiar, así como a redefinir su identidad sexual.

A medida que el adolescente comienza a afrontar, o asimilar e integrar los cambios ocasionados por la pubertad, se vuelve de modo creciente hacia el otro sexo. A través de sus fantasías, ha venido ensayando su conducta al respecto; las actividades compartidas con otros jóvenes del mismo sexo le han confirmado que la atracción y el deseo sexual no son tan solo algo normal, sino son hipervalorados a nivel social.

Siendo el segundo periodo la “Adolescencia tardía” (aproximadamente de los 14 o 15 a los 17 años). El cual se caracteriza por la cantidad de decisiones trascendentes que el joven va a tener que tomar. Para esta etapa autores como Astúa (1998) la dividen en dos : adolescencia media: que comprende de los 13 a los 17 años y se caracteriza por un aumento en la intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos y la adolescencia tardía que comprende entre los 17 y 19 y se caracteriza por un incremento en el interés por sus padres y su familia, existe mas tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de la relación con una persona.

En este periodo el joven inicia su heterosexualidad con citas y noviazgos que empiezan por tener una corta duración y finalizan con una estabilidad que conlleva al deseo de formar una familia.

Características de la adolescencia tardía:

- 1) Se inicia con la heterosexualidad.
- 2) Mayor autonomía e independencia.
- 3) Cambios emocionales menos cargados .
- 4) Menos ambivalencia y egocentrismo.
- 5) Pensamiento abstracto.
- 6) Idealismo.
- 7) Establecimiento de normas y valores propios.
- 8) Mejor identidad versus confusión del rol.
- 9) Mayor control de impulsos sexuales y agresivos.

Sin embargo, aunque el joven ya se encuentra casi maduro desde el punto de vista biológico, aún no alcanza la madurez psicológica y social necesarias para manifestar su impulso sexual de una manera aceptada por la sociedad, como lo es el matrimonio, por lo que tiene que seleccionar una o varias alternativas que se le presentan, de acuerdo con su edad, sexo y tipo de educación recibida: 1) la masturbación; 2) represión o abstinencia sexual (casi exclusiva para la mujer); 3) caricias sexuales sin llegar al acto sexual; 4) recurrir a la prostitución (exclusiva para el varón); 5) relaciones “premaritales”; 6) matrimonio “precoz” (citado por Horroks, 1990)

En esta etapa del desarrollo intelectual y emocional, lleva a los jóvenes al deseo de formar su propia escala de valores y de lograr una autosuficiencia e independencia social y familiar.

A nivel psicológico la adolescencia se presenta como un corte o ruptura con el patrimonio de la infancia y como una pausa antes de llegar a la adultez. La adolescencia implica por tanto pérdida del objeto de infancia, desconocimiento del futuro, ambivalencia de la conducta, alteraciones y hasta desequilibrios psicoemocionales, ansiedades psicológicas, depresiones psicoafectivas, angustias, etc.

Este tipo de comportamientos que se presentan en el adolescente marcan el inicio de ese deseo de independizarse cuanto antes de sus padres, pero al mismo

tiempo teme la responsabilidad del adulto. Le aguardan muchas actividades y decisiones importantes, este periodo causará estrés como resultado de la interacción en el ambiente escolar, familiar y de compañerismo que a veces es difícil controlar (Cristal y otros, 1994).

Para algunos adolescentes esta es una época sumamente difícil pues conlleva consigo problemas de tipo emocional y conductual.

El adolescente debe adquirir un sentido estable de sí mismo para lograr la transición de la dependencia de sus padres a la autonomía. Este proceso recibe el nombre de formación de identidad, expresión tomada de la teoría de Eric Erikson (1963). La pregunta central del joven entonces es ¿Quién soy?, según Erikson la respuesta a esta pregunta se obtiene al incluir varios roles en un todo coherente que se integra de manera armoniosa cuando se adquiere este sentido congruente de identidad, el cual conquistará a través del proceso de duelo, que implicará la elaboración de una conciencia de su YO, así como de ese YO social al que se le permitirá apropiarse.

Primeramente trataremos de manera general el proceso de duelo por el que transitará el adolescente y con ello nos permitirá entender como comienza a integrarse en el, la identidad y la superación de este periodo de adolescencia.

En este primer proceso de duelo, 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 personalidad adulta, por símbolos intelectualizados de omnipresencia, reformas sociales, políticas y religiosas; en donde el no está directamente comprometido como una persona física (ya que en este estado se siente totalmente impotente e incomodo), sino como entidad pensante. Niega así su cuerpo infantil perdido y las fluctuaciones innecesarias 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.

Aquí la confusión puede ser extrema y el adolescente niega su realidad biopsíquica<sup>7</sup> comenzando a actuar roles fantaseados que siente como verdaderos. Esto los lleva al conflicto de identidades y al segundo duelo; en donde se presenta 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, él adolescente delega en el grupo de pares gran parte de sus atributos y en los padres la mayoría de sus obligaciones y responsabilidades. Recurriendo a un mecanismo esquizoide, mostrando la irresponsabilidad típica del adolescente y así el 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

---

<sup>7</sup>Aberastury, 1997, Fenómenos psíquicos en su relación con el organismo vivo.



---

afectiva del adolescente con sus crisis pasionales y sus brotes de indiferencia absoluta.

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

La relación 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 se van operando en las imágenes correspondientes de los padres y el individuo con ellos, ya que estos también tienden a elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos.

Cada una de dichas pérdidas trae consecuencias<sup>8</sup>, pero todas ellas se pueden controlar con oportunidad si los padres aceptan la adolescencia de los hijos y si estos últimos se disponen a vivirla confiados, sabiendo que entre los objetivos de la misma, está el madurar de manera responsable para convertirse en adultos.

Los argumentos antes mencionados generan la necesidad de realizar una breve revisión de algunos aspectos teóricos que se han establecido en función del estudio de la adolescencia y algunas otras de la conducta humana en la que se considera a la adolescencia un aspecto que amplió una teoría.

---

<sup>8</sup> Idem, Inseguridad personal, pérdida de confianza en si mismos, en los adultos en los códigos sociales ya aprendidos, en los sistemas de comunicación y en la manera de establecer relaciones interpersonales.

Arnold Gesell (1956) define a la adolescencia como un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto a un desarrollo físico acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Ernest Jones en 1922 representa la primera aplicación realmente importante de la teoría freudiana de la adolescencia, de acuerdo con el enunciado original de Freud, Jones escribió: “En el segundo decenio de la vida el individuo recapitula y extiende el desarrollo que tuvo en sus primeros 5 años”.

Hall y Freud (1904) interpretaron la adolescencia como un periodo de *Sturm* y *Drang*<sup>9</sup> partiendo del supuesto aristotélico de que las pasiones del mundo externo pueden impedir que determinado individuo alcance la madurez.

Erikson (1963) 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 formal del conflicto acentuado dentro del crecimiento.

Estos argumentos teóricos revisados me permiten concluir que en el periodo de adolescencia el joven tiene que llegar a un acuerdo consigo mismo y con el ambiente. ¿Pero de qué manera lo hará? Para responder este cuestionamiento

---

<sup>9</sup> Borrasca e ímpetu. Considerando al primero como tempestad fuerte o contratiempo que se parece a alguien y el segundo como un movimiento acelerado y violento

debemos entender que está en una época de desarrollo de un conjunto de conceptos del yo, cuya confirmación e integración será crucial para determinar la conducta personal y social del adolescente, así como su estatus futuro como individuo funcionalmente maduro, para este fin tendremos que entender que el organismo emprende una gran tarea de desarrollo, que consiste en construir un conjunto de identidades con las cuales puede interpretar y enfrentar no solo a su ambiente social sino también a sí mismo como un organismo físico en funcionamiento, siendo este un proceso gradual, que para entender mejor será explicado desde su definición.

### ***Identidad y el Yo***

El concepto de identidad encierra una idea integradora, totalizadora de la persona que es percibida, negada o deformada por el yo. Integradora por que supone al hombre en permanente relación consigo mismo, con las personas y cosas que lo rodean. A esta relación se agrega la necesidad intrínseca de que el hombre tiende a desarrollarse más plenamente a través de sí y de los demás.

“Desarrollo a través de sí” en sentido de una confrontación permanente que el YO hace entre su imagen, conductas y su ideal de vida y “a través de los demás”, por la necesidad de desarrollo en confrontación con los ideales de la vida que la sociedad (personas, instituciones, ideologías) le propone.

---

Podemos referirnos a la identidad como el logro de una integración entre el ideal de vida para el YO y el de la sociedad en que el hombre vive.

La búsqueda de identidad, a la que Erikson definió como una concepción coherente del YO formada por metas, valores y creencias con la cuales las personas están socialmente comprometidas, resulta central durante los años de adolescencia. Como Erikson enfatizaba, el esfuerzo de un adolescente por dar un sentido al YO no es “una especie de malestar a la madurez”, sino que forma parte de un proceso saludable y vital constituido sobre logros de las etapas anteriores, es decir sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa y laboriosidad que sienta las bases para afrontar los problemas psicosociales de la vida adulta.

El adolescente debe adquirir un sentido estable de sí mismo para lograr la transición de la dependencia de sus padres a la autonomía. Este proceso recibe el nombre de formación de identidad, expresión tomada de la teoría de Eric Erikson. La pregunta central del joven entonces es ¿Quién soy?, según Erikson la respuesta a esta pregunta se obtiene al incluir varios roles en un todo coherente que se integra de manera armoniosa cuando se adquiere este sentido congruente de identidad.

Erikson (1968) decía: que la tarea principal de la adolescencia era resolver la crisis de identidad, analizando la crisis de identidad<sup>10</sup>, es decir, el adolescente tiene que

---

<sup>10</sup> Cuando Erikson se refiera la resolución de “crisis” habla acerca de la “identidad frente a conflicto de identidad”

enfrentarse a los cambios que se genera en este periodo transitorio de confusión que rompe con la identidad infantil y al mismo tiempo genera en su YO nuevos objetivos, impulsos y ansiedades que tendrá que resolver.

Es por ellos que el adolescente en este periodo percibe a su cuerpo como extraño y con nuevos impulsos y sensaciones. Se percibe a sí mismo como diferente a lo que fue, nota cambiadas sus ideas, metas y pensamientos, percibe que los demás no lo perciben como antes y necesita hacer un esfuerzo mas activo y diferente para obtener respuestas que lo orienten.

Las transformaciones somáticas y correlativas implicaciones psicoafectivas, que tienen lugar con la entrada del niño en la adolescencia, conmocionan su estructura psíquica y afectiva e impulsan su desarrollo hacia una verdadera crisis de identidad. Esta crisis aparece en la pubertad y en la adolescencia, periodos que siguen normalmente a épocas de calma e inocencia, en la cuales el instinto estaba adormecido y los conflictos de la primera infancia superados y olvidados.

Experimentando en este momento una especie de efervescencia afectiva de la cual no comprenden ni la naturaleza, ni la causa ni el fin. Empiezan a cuestionarse, a discernir su propia individualidad a descubrir su yo y a tomar conciencia del mundo exterior como distinto del suyo interior.

Ante esta eventualidad las funciones yoicas se esmeran especialmente en discriminar, controlar y fluctuar entre los objetos de identificación. Con ellos se propone tolerar las ansiedades que provocaría el sentimiento de no identidad que es uno de los más aniquiladores.

La vulnerabilidad de los adolescentes dependerá de las fluctuaciones que haga el Yo en sus identificaciones "inauténticas" estas identificaciones se dan tanto en el cuerpo como en los objetos internos y externos. A nivel del cuerpo encontramos con frecuencia somatizaciones de sentimientos de extrañeza o plenitud, somnolencia y fatigas inmotivadas, etc.

Respecto a los objetos internos y de pensamiento, es frecuente que la fluctuación se manifieste entre las ideas negativas, erotización, frialdad de pensamiento, etc., modos de confrontar la ansiedad y discriminar la confusión existente.

Por último tenemos el manejo del mundo externo; cambios de objeto de amor, tendencia al sometimiento o al despotismo, necesidad de pertenecer etc.

La existencia de tales tensiones y conflictos latentes o manifiestos hace que el adolescente presente el siguiente perfil de comportamiento social:

- ✓ Difícil pero cariñoso.
- ✓ Brusco pero afable.
- ✓ Orgullosa pero llena de bondad.

- ✓ Contestario pero deseoso de afirmarse afectivamente.
- ✓ Sabiendo pero inexperto.
- ✓ Anárquico pero deseoso de una autoridad moral.

De acuerdo con Erikson (1968) esta crisis de identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, por lo tanto a lo largo de la vida adulta afloran una y otra vez problemas concernientes a la identidad.

Erikson afirma que los adolescentes no forman su identidad tomando a otra persona como modelo, como hacen los niños menores, si no que modifican y sintetizan identificaciones anteriores en una nueva “estructura psicológica mayor que la suma de las partes” (Kroger, 1993, p.3) siendo así que para formar una identidad los adolescentes deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma tal que puedan ser expresados en un contexto social.

Erickson considera que el primer peligro de esta etapa era la confusión de la identidad, la cual demora de manera considerable la adquisición de la adultez psicológica. Sin embargo, es normal cierto grado de conflicto de identidad, lo cual explica la aparente naturaleza caótica de gran parte de la conducta adolescente y la dolorosa autoconciencia de los jóvenes



Los adolescentes también muestran confusión al regresar al infantilismo para evitar la solución de los conflictos o incluso se comprometen impulsivamente a seguir cursos de acción sin meditarlos.

La identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales:

1. La elección de una ocupación.
2. La adopción de valores en que creer y por que vivir.
3. Y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

Vamos a agrupar los elementos que componen la identidad en torno a tres sentimientos básicos: unidad, mismidad<sup>11</sup> y continuidad. Estos sentimientos corresponden a tres aspectos inseparables que conforman la identidad.

Cada uno de estos aspectos se manifiesta en todas las áreas de experiencia: mente, cuerpo y mundo externo.

La unidad de la identidad esta basada en la necesidad del YO de integrarse y diferenciarse en el espacio, como una unidad que interactúa.

Teniendo en cuenta que en un comienzo el YO es básicamente corporal, podría decir que la identidad se constituye sobre este aspecto y el YO necesita de este sentimiento.

En lo que concierne a la continuidad de la identidad, podríamos decir que surge de la necesidad del YO de integrarse en tiempo "ser uno mismo a través del tiempo."

---

<sup>11</sup> identidad

Por último tenemos la mismidad en la identidad, a mi juicio el aspecto más descuidado de los tres. Si bien es un sentimiento que parte de la necesidad de reconocerse a uno mismo en el tiempo y en el espacio se extiende a otra necesidad: la de ser reconocido por los demás.

El YO psicológico, el YO social y el YO corporal configuran a su vez la identidad del YO adolescente, que necesita, por la fase de la vida que atraviesa, formarse sin más retardos y poder expandirse como persona capaz de intimidades ya no grupales, si no personales, en la pareja y en la tarea social, en la media adolescencia la crisis de la identidad recae más sobre el yo psicológico y el yo social.

El empobrecimiento del yo psicológico de la adolescencia, es inmediatamente fortalecido por el yo corporal para luego fortalecerse por el yo social.

En este esquema ya que está disociado el yo conserva constantemente en su parte reconocida los tres aspectos: necesidades biológicas (YO corporal), percepción y elaboración (YO psicológico) y modificaciones de las relaciones de objeto (YO social).

Al ser la identidad efecto del resultado de la interacción de las distintas identificaciones procesadas por el propio individuo, resulta evidente que aquello no

---

es la suma resultante de estas, sino el efecto resultante de la apropiación, asimilación e interiorización de estos datos.

### **Yo adolescente**

El concepto del Yo tiene una larga historia en el desarrollo del ser humano se ha definido, interpretado y explicado de diferentes formas, pero cualquiera que sea la definición y enfoque el concepto es como tal oblicuó, en el inmemorial esfuerzo del hombre por entenderse a sí mismo. Por lo que hasta el momento se conoce, no hay ningún idioma, moderno o clásico, primitivo o complicado, que no incluya las palabras yo, mi, yo mismo y mío, o sus equivalentes. En los últimos años del siglo pasado los psicólogos acunaron el término Concepto del Yo?, y debido a su interés por la clasificación, mediante la investigación han incorporado el concepto dentro del conocimiento total de la conducta y lo han expresado en términos susceptibles de verificación o refutación.

Por lo tanto para explicar el Yo es preferible rechazar las definiciones que lo conciben como unidad existente en forma de componente tangible e intangible del organismo, y más particularmente como una entidad con una existencia independiente del mismo. El yo representa la continua organización y reorganización afectivo-cognoscitiva de las experiencias pasadas del individuo, de la experiencia del presente y del pronóstico del futuro. Es como Nixon (1962) observa “el símbolo de la persona para su propia organización”. R.N. Harris (1971) se refiere al Yo como: el principio activo, organizador, que constituye el sistema de coordenadas, cuadro de referencia o contexto, de donde todos los datos aislados

y fragmentos de experiencia derivan su significado. Además es lo que caracteriza a la persona, su espíritu profundo con el cual la recepción de influencias externas se combinan con el sabor único de la vida.

De igual manera Gordon (1969) entiende el concepto del Yo como: “la estructura de significados de auto referencia asequibles a los procesos interpretativos consientes del individuo”.

En realidad como Horrocks, Jackson y Lifton (1971) señalan, el Yo se concibe mejor como un proceso y observan lo siguiente:

El Yo es un proceso mediante el cual el organismo infiere y forma conceptos del Yo, los cuales en conjunto representan la interpretación y el significado que tiene el organismo de si mismo, en esta relación el organismo es la entidad, y el Yo es el proceso que elabora representaciones de su propia identidad, de sus actividades mentales y conductas relacionadas. Operacionalmente, definir o describir al propio Yo es un producto de aprendizaje en continua elaboración estructurando en forma de elementos emocionales y cognitivos interactúenles. Por lo tanto el YO constituye el medio por el cual el organismo esta consiente de y se entiende a si mismo, como un ser corporativo con una historia pasada y un futuro probable o posible.

Para que el Yo sea operativo debe haber un contexto ambiental una memoria o sistema de almacenamiento una integración o diferenciación de la experiencia, una interacción interna y externa de los sentimientos. El concepto del YO forma los parámetros dentro de los cuales operan los procesos cognitivos en el nivel de la conducta consciente. Hasta cierto punto el desarrollo del concepto del YO tiene una relación integral con el desarrollo de la habilidad de raciocinio, concebida esta última como la elaboración del estado consciente. En esencia el Yo, es una simbolización del organismo y es integralmente un aspecto funcional de este. De hecho la mejor forma de definirlo es como un constructo que se ha desarrollado a partir de la interacción del organismo consigo mismo y con su ambiente físico, como resultado de sus relaciones con otros organismos.

La medición del concepto del Yo en los adolescentes suele obtenerse mediante cuestionarios, clasificaciones de sí mismo, descripciones personales realizadas en un interrogatorio o por las clasificaciones dadas por los adultos que usan conductas estipuladas como criterio

El desarrollo del Yo en el adolescente cuyas percepciones de sí mismo son inseguras, el problema suele ser grave ya que el joven tiene dificultades para mantener la continuidad consigo mismo y para reconocer a la persona que existía anteriormente, la misma que ahora es. Para reconocer el desarrollo del YO es necesario que la persona genere un término generalizado que le represente la continuidad y decir: *“entonces yo era un niño ahora soy un adulto”*. Pero nadie es

un niño un día y al siguiente un adulto. Entre las dos condiciones hubo años de transición y de existencia, de modo que la respuesta generalizada no da una verdadera contestación. Un adolescente con problemas comentará a menudo: "No sé lo que me pasa, antes no solía ser así" ¿qué ha sucedido?"

Sin embargo aunque las identidades que constituyen el Yo cambien y se desarrollen durante el periodo completo de adolescencia, la necesidad de continuidad y la seguridad que produce son necesarias hasta que la visión del Yo se vuelva cada vez mas estable, pues al adolescente tiende a resistir el cambio y aferrarse a lo que ha construido. Eso es así en particular cuando la resolución de la percepción del Yo ha sido satisfactoria como lo confirma la experiencia, le ofrece al adolescente una visión aceptable de sí mismo.

Engel (1959) observó la estabilidad relativa del concepto del Yo durante la adolescencia en niños que eran los mejor adaptados. en su ambiente, esta investigación estudio la estabilidad del concepto del Yo al someter a prueba a los adolescentes del octavo al décimo grado y dos años después se les sometió a la misma prueba. Durante estos dos años se descubrió que aquellos con un concepto de si mismo inicialmente positivo retenían este estatus, pero aquellos cuyo concepción del yo era originalmente negativo mostraban menos estabilidad y presentaban mayor evidencia de desadaptación en este lapso de dos años. Burt (1968) también observó que la constancia del concepto del yo durante la

adolescencia tiene relación directa con el grado relativo de identidad del ego obtenida.

El concepto de Yo, como señala Greca (1971) se desarrolla como una serie secuencial de niveles de percepción del Yo que surge mediante la interacción con otras personas. Si en estas interacciones sociales el individuo descubre que sus pruebas de realidad confirman sus percepciones de sí mismo, el concepto de Yo tiende a permanecer más estable que si ocurre al contrario. Otro factor que aunque provoca desadaptación fomenta la estabilidad de la visión de sí mismo, es la tendencia de individuo a encontrar la seguridad resistiéndose al cambio.

En general puede decirse que el desarrollo representa un movimiento hacia la diferenciación, y en el transcurso de su crecimiento durante la adolescencia cabe esperar que en lo normal haya un incremento de diferenciación, al menos en el sentido de la acción secuencial de mas identidades diferenciadas, que permitan una mayor potencialidad para la conducta de roles. Por fortuna, la estructura del concepto de si mismo permite muchas visiones diferentes del Yo, muchas de las cuales serán mutuamente excluyentes. El desarrollo hacia un concepto maduro del Yo que implica un movimiento hacia una resolución de disonancia entre las visiones de sí mismo a la aparición gradual de una integración de las visiones de sí mismo en un sistema del Yo armónico y comprobado en la realidad.

De acuerdo con la investigación del psicólogo James Marcia (1966-1980) los adolescentes cuentan con cuatro etapas diferentes del desarrollo del YO y/o

estados de identidad, los cuales se relacionan con ciertos aspectos de la personalidad.

Estos cuatro estados de identidad los nombro:

- A. Logro de identidad
- B. Exclusión
- C. Moratoria
- D. Difusión de la identidad.

Logro de identidad o estado de identidad: se caracteriza por el compromiso con las elecciones hechas después de una crisis, siendo este un periodo para explorar alternativas.

Exclusión: Es el estado en cual una persona no se ha dedicado a considerar las alternativas (que no ha estado en crisis), por lo cual está comprometida con los planes de otra gente para su vida.

Moratoria: Es el estado en el cual una persona está considerando alternativas y parece estar guiada por el compromiso hacia ella misma.

Difusión de la identidad: Estado que se caracteriza por la ausencia de compromiso y la falta de consideración seria de alternativas.



Estos cuatro estados difieren de acuerdo con la presencia o ausencia de crisis<sup>12</sup> y compromiso<sup>13</sup> estos dos últimos elementos guardan una estrecha relación con las instancias que Erikson considera cruciales para la formación de la identidad.

Por supuesto, estos estados no son permanentes, pueden cambiar a medida que la gente sigue desarrollándose. A partir de la adolescencia tardía cada vez mas gente está en el estado de moratoria, de logro, buscando o logrando su propia identidad.

### ***Funciones esenciales del YO.***

Pues bien siendo el YO una unidad continua y evolutiva y el hombre un producto y resultado de sus sucesivas elaboraciones diremos que las funciones esenciales del YO son:

- Mantener la estabilidad personal y el volumen de las estimulaciones del organismo de un modo especial mediante la regulación de los estímulos interiores y la reducción de las presiones exteriores.
- Desarrollar y jerarquizar una escala de valores personales: hacer surgir centros de interés individuales.
- Percibir y reconocer las distintas fuerzas, apetencias e inclinaciones que influyen sobre el organismo, tanto las venidas del interior de la persona como del medio ambiente.
- Fomentar la madurez personal y conseguir la integración psicológica, afectiva y emocional del individuo .

---

<sup>12</sup> Crisis: termino de Marcia para un periodo de toma de decisiones consientes relacionadas con la formación de la identidad

<sup>13</sup> Termino que Marcia ocupara para inversión personal en una ocupación o un sistema de creencias (ideología).

Del análisis de las funciones del YO se desprende que ÉL es el elemento integrador de la personalidad del adolescente, pero para que la acción del YO sea equilibradora de la personalidad, es necesario que actúe simultáneamente en tres planos diferentes, aunque ligados e interdependientes: sobre sí mismo, su gnosis y su estructura y dinámica; sobre la realidad envolvente y sobre los demás.

El primer plano (actuación sobre el propio YO) se efectúa de manera espontánea y permite cuando se realiza en condiciones normales la expresión de las propias potencialidades.

El segundo plano (interacción YO realidad) se realiza a través de la exploración y vivencia de las experiencias de la propia espontaneidad de creatividad y las creaciones elaboradas.

Tercer plano (interacción del YO con los otros) se realiza mediante imitaciones.

Por lo tanto la sana formación del YO en el adolescente, traerá como resultado que este fundamente una adolescencia normal que lo lleve a tener un buen desarrollo o una adolescencia patológica.

Para entender los términos de una adolescencia normal o patológica es necesario entender que todo proceso de crecimiento y maduración entraña no solo nuevos beneficios, sino nuevos problemas, significa el cambio producido en cualquier

sector de la vida mental que transforma el equilibrio previamente alcanzado por el joven.

Por lo tanto la adolescencia es por naturaleza una interrupción del crecimiento imperturbado hasta entonces, el mantenimiento de un equilibrio estable durante el proceso adolescente es en si mismo anormal por lo que la falta de armonía y lucha contra el ello y el YO es un intento de restaurar la paz y la armonía.

Debido a lo mencionado se considera normal que un adolescente se comporte durante un largo periodo de manera incoherente e imprevista, que se oponga a sus impulsos y que los cumpla, que ame a sus padres y que los odie, que se rebele contra ellos y que dependa a su vez; por lo que se considera esta etapa como un periodo en donde existen grandes fluctuación entre los extremos opuestos, lo significa que hace falta tiempo para que surjan las estructuras adultas.

Por lo tanto la adecuada salud mental se verifica solo cuando todas las instancias de nuestra mente, impulsos, yo racional e ideas coincidan de manera notoria y en su adaptación al medio externo permitan resolver los conflictos inherentes a la situación total.

Es necesario puntualizar que existen dos fuentes de peligro interno durante la adolescencia: una es el empobrecimiento del YO que lleva a las conductas

suicidas, la otra fuente es la ansiedad que se despierte durante el movimiento progresivo hacia la heterosexualidad.

También es una etapa que promueve la adquisición de habilidades para enfrentar el mundo adulto, descubrir el potencial que lleva al chico a su pleno desarrollo.

Para otros autores (Ana Freud) existe cierta dificultad para diferenciar entre normal y anormal en la adolescencia ya que esta se asemeja a otros trastornos emocionales y desequilibrios estructurales, siendo las manifestaciones adolescentes confundibles con estados fronterizos con la formación de sistemas neuróticos, psicóticos y asociales.

Winnicott señala que la inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia “solo podemos esperar el paso del tiempo y la maduración que este puede traer, aunado a una inmadurez necesaria de la adolescencia donde se encuentra la falta de responsabilidad característica también de esta etapa”

De acuerdo con la psicología del desarrollo las pistas para saber si una adolescencia es normal o anormal son las siguientes:

- La normalidad del adolescente es adaptativa.
- El desarrollo psicosocial transcurre en un esquema y clima de armonía y continuidad.
- Siempre hay una estabilidad básica.
- Puede aprender un proceso gradual de integración de la identidad.
- La sociabilidad quizás se desarrolle en un proceso armónico con los padres.

De lo anteriormente mencionado podemos entonces describir que la sintomatología de este síndrome en el que el adolescente va jugándose entre lo normal y lo anormal puede caracterizarse por:

- 1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2) Tendencia grupal
- 3) Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- 4) Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo hasta el misticismo.
- 5) Desubicación temporal en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario.
- 6) Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- 7) Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad.
- 8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta denominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período.
- 9) Separación progresiva de los padres.
- 10) Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo.
- 11) Para el adolescente normal la palabra es un medio básico de comunicación.

La conducta adolescente es una conducta semi-normal o semi-patológica, por que sin embargo frente un estudio mas subjetivo desde el punto de vista de la psicología evolutiva, aparece como algo coherente lógico y normal. Por otro lado esta manera de encarar el problema permite aceptar los desajustes y desencuentros, valorados con mayor corrección y utilizar el impacto generacional

no como fuente de conflictos negativos sino más bien como el encuentro inquietante que facilite el desarrollo de la humanidad.

Por lo tanto el grado de anormalidad de las conductas en la adolescencia tienen como consecuencia algunos conflictos y conductas, donde suelen aparecer sobre todo los relativos a la percepción de sí mismos, la autoestima, y a las emociones negativas en general.

### **Disminución de la autoestima**

El adolescente advierte muy bien los cambios que se operan en su cuerpo. A muchos les provoca ansiedad saber si tienen la talla o tamaño adecuados y en forma obsesiva se comparan con los modelos y actores que ven la televisión y las revistas. Como pocos pueden igualarse a estos ideales, no nos sorprende que cuando se les pregunta que les disgusta más de su persona, mencionen el aspecto físico mucho más que cualquier otro (Congen y Petersen, 1991). Los adolescentes menos satisfechos con su aspecto físico muestran problemas de autoestima

### **Violencia juvenil**

Hoy los varones de 14 a 24 años cometen más de la mitad de crímenes violentos, la violencia con arma de fuego ocurre casi en dos terceras partes de las escuelas preparatorias y en una cuarta parte en las escuelas secundarias. Siendo la predicción mas segura de la conducta violenta juvenil son los antecedentes de violencia en la vida de los adolescentes

**Delincuencia.**

Como en la niñez los adolescentes antisociales suelen tener amigos antisociales, y su conducta antisocial se incrementa cuando se asocian entre si, la forma en que los adolescentes hablan, se ríen, entre ellos acerca del quebrantamiento social de las reglas constituye lo que se ha denominado un “entrenamiento para descarrilarse” (Dishion, 1999). Es más probable que los adolescentes que no ven alternativas positivas adopten, de manera permanente, un estilo de vida antisocial (Elliott 1993). La delincuencia llega a su máximo aproximadamente a los 15 años y luego declina (Petersen, 1993) a medida que la mayoría de los adolescentes y sus familias resulten la necesidad de los jóvenes de afirmar si independencia.

**Popularidad.**

En estudios realizados a cerca de la popularidad en la adolescencia se arrojan como resultado cinco “grupos de estatus de pares”: los populares (jóvenes que reciben muchas nominaciones positivas), rechazados (jóvenes que reciben muchas nominaciones negativas), los olvidados (los que reciben muy pocas

nominaciones de cualquier tipo), los controversiales (los que reciben muy pocas nominaciones positivas y muchas negativas), y los promedio (los que no reciben un número inusual de nominaciones de cualquier tipo).

Teniendo como resultado que los rechazados tenían los mayores problemas de ajuste, teniendo también problemas con las calificaciones y con el aprovechamiento.

Los varones rechazados, en particular los más jóvenes, solían ser agresivos y antisociales; eran más probables que las chicas rechazadas (y los varones rechazados mayores) mostrarán timidez, aislamiento y desdicha, al tener una autoimagen negativa. El grupo de los olvidados, que la edad del bachillerato incluía a más muchachos que chicas, eran más introvertidos y tenían más dificultades de aprendizaje en promedio, lo cual contribuía a una pobre imagen de sí mismos. Las transiciones de la primaria a la secundaria y de la secundaria al bachillerato son prácticamente difíciles para los grupos de rechazados y olvidados.

### **Embarazo en la adolescencia**

La fecundidad en la adolescencia debe ser un punto de atención de los servicios educativos y de salud del mundo. Se ha observado que la incidencia de la actividad sexual premarital entre adolescentes está en ascenso, esto obedece no tan sólo a que la maduración sexual está presentándose más tempranamente, sino a que la edad del matrimonio está retrasándose y la urbanización y los estilos de vida prevén más oportunidades para las relaciones sexuales.



Las consecuencias del embarazo termina en aborto, ello implica riesgos de salud para la adolescencia, sin embargo, si el embarazo llega a término, se presentan consecuencias negativas de salud, socioeconómicas y psicológicas, no tan solo para la joven madre sino para el niño, el padre adolescente y sus familiares.

El riesgo de mortalidad es mayor para las madres adolescentes y sus hijos.

Los bebés de las madres adolescentes (menores de 15 años) presentan problemas de bajo peso, también ha sido asociado con defectos congénitos y problemas físicos y mentales que incluyen epilepsia, parálisis cerebral, retardo, ceguera y sordera. Los padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. Los efectos sociales del hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estatus marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, ascensos, así como que si es soltera, sus prospectos para un matrimonio futuro se ven reducidos.

Sin importar las causas de los embarazos en la adolescencia, las consecuencias pueden ser devastadoras y el futuro de la joven madre puede estar en riesgo.

### **Muerte en la adolescencia**

Las ideas de muerte suelen ser muy frecuentes en la adolescencia, no solo la de la propia sino también la de los padres y la de las personas a las que el chico quiere, estas ligadas a la intensidad y complejidad de sus sentimientos en ese

momento ejercen una fascinación en el adolescente, que hace que incluso algunos adolescentes se permitan acercarse peligrosamente a ella.

La frecuencia de choques automovilísticos, muertes por arma de fuego y suicidios en grupos de esta edad refleja una inmadurez, lo que a menudo los lleva a correr riesgos imprudentes.

### **Muertes por accidentes automovilísticos.**

Los accidentes vehiculares siguen encabezando la lista de causas de mortalidad en personas de 16 a 18 años. Según la Secretaria de Salud, en casi el 70 por ciento de los casos, estos jóvenes no usaron el cinturón de seguridad, como exige la ley al viajar en automóviles. Otras causas mencionadas son la falta de experiencia en manejar y no prestar atención a las reglas de tránsito.

Es más probable que las colisiones sean fatales cuando el conductor de 16 o 17 años lleva pasajeros de su misma edad, debido a que estos tienden a conducir de manera más temeraria en presencia de pares (Chen, Baker, Braver, 2000).

### **Suicidio en la adolescencia.**

Es por ello que todas las formas de comportamiento destructivo en los jóvenes es representado a través del suicidio la cual resulta ser quizás la más trágica por que deja detrás todas las oportunidades frustradas de una vida joven y sentimientos de dolor, culpa e ira que fueron generados en el joven no solo por las experiencias o expectativas propias de si mismo, si no porque existe en el entorno el antecedente

de esta conducta en amigos o familiares y que además produce el mismo efecto entre los prójimos de quien ha muerto. (Borowsky, 2001).

Siendo así que el suicidio lleva a fantasear a los adolescentes con la muerte como medio para resolver un problema que no puede encarar (Rosina Crispo y Diana Cuellar, 2002), considero necesario abordar de manera más específica el origen o la génesis de la conducta suicida del adolescente, con el fin de propiciar una clara percepción de las instancias generadoras de dicho comportamiento.

# CAPITULO 2

# SUICIDIO

La muerte no es salida a ninguna solución, es el final de todas las opciones.  
Anónimo

Ya en el capítulo anterior, se habló de la necesidad de darle una explicación al suicidio, más para comenzar a dar ésta, resulta necesario empezar por especificar sus antecedentes históricos en tres aspectos diferentes: lugar, religión y corriente filosófica, para un mejor entendimiento del nacimiento y la definición de este fenómeno.

### **Antecedentes históricos**

Siendo uno de los lugares representativos en la historia, Latinoamérica (México Guatemala y Honduras): “con la mitología maya, donde **Ixtab**<sup>1</sup> es la diosa del **suicidio**, también conocida como la divinidad de la horca y esposa del dios de la muerte. En la tradición maya, el suicidio era considerado una manera extremadamente honorable de morir, a un nivel similar que el de las víctimas humanas de sacrificios, guerreros caídos en batalla, mujeres muertas al momento de dar a luz o sacerdotes”.

Así mismo en la India para los practicantes del brahmanismo el suicidio era considerado la búsqueda del nirvana<sup>2</sup>, edonde la enseñanza del hinduismo se dirige a liberar al hombre del ciclo de sus renacimiento sucesivos, considerados como otras tantas las pruebas de una vida terrenal puesta bajo la señal del dolor. Con la esperanza de liberar al alma los hindúes se ejercitan en la renuncia

---

<sup>1</sup> Noel, Jean.Francois., Diccionario de Mitología Universal Edit, Edicomunicacion, Edic; Barcelona., 1991.

<sup>2</sup> Idem. Liberación de todos los males en la nada absoluta.

absoluta, por práctica de rituales en las cuales el suicidio aparece como el más exacerbado. Quienes practican el suicidio con mayor frecuencia eran los sabios que utilizaban como principales métodos; el suicidio por agotamiento y la auto cremación, como una muestra mas del poco valor que atribuían al cuerpo; También en la India, hasta finales del siglo XIX, se llevaba a cabo el suttee, que consistía en que la viuda del fallecido debía inhumarse en la pira funeraria de su marido. Esta costumbre se mantuvo hasta la independencia de la india en 1947, antes de ceder su sitio a un rito simbólico.

Otros de los lugares en se habla de éste es el Tíbet y China dado que religiones como el brahmanismo impulsado por Gautama Siddhartha se extendió, por lo que compartieron con la India gran parte de sus preceptos. Siendo así que para el Tíbet y China el suicidio era una forma de buscar la perfección, así como una estrategia para huir del enemigo.

En Japón por su parte, el “El **seppuku** o **harakiri** (escrito con los mismos caracteres, pero en distinto orden), es el término japonés empleado para denominar un suicidio ritual por desentrañamiento. En Japonés 'harakiri' no se usa comúnmente, ya que tal término es considerado vulgar y grotesco. Siendo este una práctica común entre los Samuráis, que consideraban su vida como una entrega al honor de morir gloriosamente, rechazando cualquier tipo de muerte natural. Por eso, antes de ver su vida deshonrada por un delito o falta, recurrían a este acto de muerte (tal y como significan esas palabras, Harakiri: "cortadura de

vientre"). La práctica de obligar a la muerte por medio del Seppuku por orden de un amo es conocida como oibara junshi.

Posteriormente de esta práctica se toma como ejemplo mas reciente a los Kamikazes que durante la guerra se convertían en bombas humanas al arrojarse contra objetivos enemigos como una muestra de honor, valentía e incluso nacionalismo<sup>3</sup>.

En África Las Tribus consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales.

Así en Egipto el suicidio era una forma de liberación, la cual incluso, era programada y organizada grupalmente; siendo el interés de sus asociados buscar el conjunto de medios más agradables para morir

Por otra parte en Grecia se favorecía a los suicidios que juzgaban ejemplares, como los patrióticos, suicidios de honor, suicidios por fidelidad a una idea y los suicidios para huir de la vejez.

Es aquí donde la doctrina estoica veía en el suicidio la libertad suprema hasta el punto de llamarle "suicidio filosófico". Siendo el filósofo Hegestas considerado "el

---

<sup>3</sup> Appendini Ida y Zavala Silvio. "Historia universal moderna y contemporánea". 37ª Edición, Editorial Porrúa, México, 2000, P 215

que empuja hacia la muerte”, dado que su apología era tan elocuente alabando al suicidio, sus discípulos después de escucharlo se mataban.

En Atenas a quienes se suicidaban se exponían a penas post mortem, en donde el cadáver era privado de sepultura, sometido a ritos purificatorios y enterrado lejos de la ciudad.

Es en Roma hasta el siglo II que la muerte voluntaria no estaba prohibida, y los funerales de los suicidas se desarrollaban normalmente, siendo la importancia del estoicismo entre las elites, lo que explica en gran medida esta tolerancia, teniendo como consecuencia de esta que todos tenían el derecho a autodestruirse en caso de sufrimiento intolerable. Sin embargo había dos categorías sociales que tenían prohibido el suicidio: los esclavos por evidentes razones económicas y los soldados por su deber patriótico.

Es también durante el siglo II que gracias a la dinastía Antoninos, se instaura la prohibición del suicidio, fundamentándose en las ideas de Platón que consideraba al suicidio como una ofensa a la divinidad y a la instauración del colonialismo en las campañas exteriores que otorgaba a los amos el derecho de la propiedad de los campesinos a los que empleaba. Es por esto que partir del siglo III la legislación romana sanciona el suicidio con la confiscación de los bienes del suicidado.

Ahora bien, en Galia y Germania se practicaba el suicidio religioso para abrirse las puertas al más allá. Donde se mataban entre amigos al finalizar el banquete.



Por último encontramos a Inglaterra, siendo donde la persona que se suicidaba era clavada al suelo con una estaca que le atravesaba el pecho y a los allegados se les obligaba a presenciar este espectáculo. Y es a partir del siglo XIII que se comenzaron a confiscar los bienes heredados del suicida, además de que se saqueaba tanto su casa, como sus cultivos.

Otra forma para dar explicación al fenómeno del suicidio es gracias a las religiones y las prácticas o creencias en torno a este, por lo que en las próximas líneas encontraremos algunas de las formas más representativas y que toman al suicidio como parte de sus explicaciones tanto positivas como negativas.

En primer lugar encontramos el sintoísmo que es la religión oficial del Japón, hasta 1945 en la que se promovía el desprecio por la vida, el culto de los difuntos y la simulación de las virtudes físicas a las morales.

Encontramos en el Judaísmo, la prohibición expresa al suicidio, a menos que se fuera capturado por un enemigo, como sucedió en Masada, cuando 960 judíos prefirieron auto aniquilarse antes de convertirse en esclavos de sus captores romanos.

Siendo así, en el Cristianismo se pensaba que compraban la entrada al cielo al morir en el nombre de dios, de igual manera para los mártires religiosos, el suicidio era como una forma de salvar la honra y conservar la pureza.

La postura oficial del catolicismo acerca del suicidio, es formalizada por San Agustín, durante el siglo V declaró que era un pecado y las personas que realizaran este acto no serían acogidas por la iglesia para celebrar los rituales póstumos, considerando que la vida es un don sagrado de Dios, y por lo tanto solo él puede disponer de ella. También se infundió el temor al diablo y al infierno, pues estos se asociaban con la muerte por suicidio. La iglesia católica prohibió el entierro de los suicidas en los cementerios consagrados.

Por su parte el Islamismo condena de forma explícita el suicidio, Mahoma dijo: “El hombre no muere sino por voluntad de Dios”, por tanto se veía como un acto de insubordinación, rebeldía o pecado.

Finalmente es en el Brahamanismo en donde los sabios, en su búsqueda del nirvana se suicidaban frecuentemente en el transcurso de fiestas Religiosas

Como consecuencia de la aparición de este fenómeno este ha sido un tema sobre el que se han planteado innumerables planteamientos filosóficos, definición que propone Jaspers (1938) sobre el suicidio, que dice: “acción que transgredir la vida” o la interpretación que hace acerca del suicidio Jean Paul Sartre (1943) quien lo considera como el “abandono de toda libertad” o la de Schopenhauer (1819) quien analiza que “el que se da muerte quería vivir”. Por su parte David Hume (1739) plantea que “el hombre que se retira de la vida no hace ningún mal a la sociedad sino que simplemente deja de hacer bien”.

También en la literatura autores como Goethe (1774) y Hesse (1924) hacían alusión del suicidio como causa de emociones desbordadas por amor y pruebas de encontrarse consigo mismo, hacían alusión en sus novelas como causa de sufridas emociones por el amor y la amistad, que tomaban el suicidio como opción para escapar del sufrimiento provocado por estos sentimientos.

En las líneas anteriores se presentó una descripción de cómo en varios lugares , religiones y autores empezaron a introducir el suicidio como respuesta a un fenómeno, por lo que es entonces necesaria una definición de suicidio en la que se consideren todas las ramificaciones antes mencionadas.

Siendo así que el concepto de suicidio es ocupado por primera vez por el clérigo Defontaines en 1739 citado por Sánchez (1994) ya que anteriormente solo eran llamados desposeídos.

El suicidio se define entonces como “el acto voluntario e intencional de autodestrucción”, “homicidio voluntario de sí mismo”, "asesinato del si propio" La palabra suicidio proviene del latín sui: (si mismo) y cidium (muerte).

Se define como acto por el que la persona se quita la vida voluntariamente” (enciclopedia hispánica XIII, pág. 314) aunque algunos autores enfatizan que no solo es un acto o una acción si no también el resultado de esta (gran diccionario de la lengua española, 1996, p. 1651).

También el concepto de suicidio se encuentra asociado a la temeridad, en esos casos se le define como “acción hecha o proyectada por una persona que puede perjudicarla gravemente” de ahí que cuando se menciona “es un suicidio” puede describirse tanto a alguien que se quita la vida voluntariamente, como alguien que arriesga su vida aunque no pretenda de manera consiente morir, ejemplo de ello son las personas que queriendo trascender y pasar a la historia rompiendo un record Guinness, mueren en el intento.

Uno de los textos clásicos sobre suicidio, “El suicidio: un estudio sociológico” (1897) fue escrito por Emile Durkheim, en el que sustenta que el incremento del número de suicidios esta directamente influido por factores sociales, postulando como resultado en su estudio “El suicidio” que es un fenómeno sociológico más que un puro acto individualista.

De ahí que, para este autor el suicidio es una consecuencia de la naturaleza con relación al individuo y su sociedad, Durkheim definió entonces al suicidio como “acto personal propositivo y consiente mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida <sup>4</sup> y hace la diferencia del suicidio con el intento suicida:

“ Se llama suicidio a toda causa de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la victima misma, sabiendo ella que debía producir este

---

<sup>4</sup> Durkheim, Emilio., *El suicidio, Un estudio sociológico.*, Edic. 1ª, Ed. Nuestros Clásicos UNAM, México 1983, pp.16

resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido detenido en su camino antes de que de cómo resultado la muerte”.<sup>5</sup>

De las obras de Freud que contribuyen fundamentalmente como aportaciones teóricas del suicidio son duelo y melancolía escrita en 1917 y más allá del principio del placer en 1920. En la primera explica como se lleva acabo el proceso de duelo que es un estado psíquico comparable con el suicidio, en donde el sujeto reacciona ante la perdida de un ser amado o de algo muy significativo; como puede ser la libertad. Es un proceso lento que conduce a algunas desviaciones de la conducta normal; implica un estado de ánimo doloroso, falta de interés hacia el mundo externo el cual aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto y se pierde la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso.

En la melancolía existe la perdida, pero solamente en la psique del sujeto no en la realidad exterior; se presenta un profundo estado de empobrecimiento del yo y una severa disminución del amor propio. Este delirio de empobrecimiento se contempla con insomnio y rechazo a alimentarse.

El melancólico ubica su yo como indigno de estimación, sin valía alguna y merecedor de condena anta la cual se insulta y reprocha, este individuo espera ser castigado, su humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por

---

<sup>5</sup> Idem. p.p.17

---

haberse ligado a una persona tan despreciable, así mismo se observa el deseo de comunicar a todo el mundo sus propios defectos; este podría ser el momento preciso para que el sujeto recurra a su propia destrucción a través del suicidio.

Rolla (1996) confirma lo anterior “el suicidio es un producto afectivo”, es decir el producto de una perturbación de la actividad que lleva a una perturbación en el juicio de la realidad y finalmente a una perturbación del área de la sensopercepción. De modo que es un proceso melancólico con el correspondiente auto desprecio y la denigración del objeto amado, el que conduce a la salida o solución psicótica de un crimen contra ese objeto internalizado y al mismo tiempo contra el propio self<sup>6</sup>.

En los procesos mencionados hay una ambivalencia muy clara que es la lucha entre el amor y el odio, hacia el mundo abierto, la presencia de estas dos fuerzas antagónicas conduce a la reflexión sobre la dualidad instintiva, es decir la presencia del instinto de vida y de muerte en todo ser humano.

Freud (1920), asegura que el instinto de muerte conduce al adolescente a matarse, impulso que se ve favorecido cuando dicho instinto no se encuentra amalgamado correctamente con el de vida.

Futterman (citado por Farberaw, 1969) apoya la importancia del impulso agresivo,

---

<sup>6</sup> Farberow N. Schineidman., NECESITO AYUDA, UN ESTUDIO SOBRE SUICIDIO Y PREVENCIÓN., Edit, Prensa Médica., México ., p.p.320

comentando, que ningún impulso opera independientemente del otro, sino que están fundidos. Dice “el instinto de muerte busca constantemente el reposo externo y puede encontrar su expresión en el suicidio”<sup>7</sup>.

El mismo autor menciona que cuando existe una rápida afluencia de sentimientos que llevan a la desorganización, aumenta el peligro de un comportamiento suicida. Por lo tanto, la etapa de la adolescencia favorece este tipo de conductas autodestructivas, debido a que los jóvenes se encuentran inmersos en la confusión y cambian de un estado de ánimo al opuesto en segundos, además el YO se está reorganizando. Así mismo cabe mencionar que Horney menciona que el suicidio es un tipo de fracaso en el desarrollo del Yo.

Otro punto de vista acerca del origen del suicidio, se refiere a que el impulso para cometerlo puede relacionarse con el impulso para matar a alguien más.

Matus (1990) comentó: El suicidio es un medio para matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporado por el individuo suicida. También Freud define al suicidio como “el homicidio de un intruso, de un enemigo invasor de la personalidad del que mata”.

Molina dice “suicidarse no es matarse si no asesinar al objeto dañino que lo habita. Es entonces antes que matarse a sí mismo, matar a otro y por último

---

<sup>7</sup> Farberow N. Schineidman., NECESITO AYUDA, UN ESTUDIO SOBRE SUICIDIO Y PREVENCIÓN., Edit, Prensa Médica., México., p.p. 323

Stengel (1973) confirma esta idea con su señalamiento "el individuo al ser frustrado desea la muerte de los que siente causantes de su infortunio"

Ahora bien para explorar mejor el tema referente al suicidio, es necesario que conjuntemos todo los datos estadísticos, con la finalidad de exponer las características y factores que presentan las personas que están expuestas a esta problemática, a través del análisis de los datos cuantitativos, por lo que en las próximas líneas encontrara un recopilado de los datos mas relevantes en el censo de 2004.

En el año 2004, se registraron 193 intentos de suicidio en el país, con los cuales ascendió a 3 224 el volumen de estos casos en los últimos diez años. Al comparar la cantidad observada en 2004 con la del año inmediato anterior, se observó una diferencia de -13.1 puntos porcentuales que dio continuidad a la tendencia descendente advertida en el transcurso de los últimos cuatro años; así tomando como referencia el 2001, último de los años más activos de la década, para 2004 se registró un descenso de 229 casos en términos absolutos. En la última década el año 1998 destacó con 433 casos. Los intentos de suicidio que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas, ya que 81.3% de los actos se registraron en: Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2 por ciento).



Ocho de cada diez actos fueron llevados a cabo en casa habitación, en 44.0 % de los cuales participaron hombres y por medicamentos con 43.5%, seguido por el uso de arma blanca con 19.7% y por último el arma de fuego con 10.4 por ciento. Así ocurrió en la mayor parte de las entidades federativas en las que se obtuvieron registros sobre el tema, como fueron: Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Yucatán; mientras que en Sonora se utilizó con igual frecuencia el arma blanca y la intoxicación por medicamentos en primer lugar, y en Chihuahua sobresalió el uso de arma de fuego.

Entre las causas declaradas como origen de los intentos por quitarse la vida destacó el disgusto familiar en cuatro de cada diez casos y dos de ellos por causa amorosa. En uno de cada tres casos no se identificó la causa de tal acción. Durante el primer semestre del año se presentó el mayor número de intentos de suicidio con 54.4 por ciento. Este comportamiento es muy similar al registrado en el año inmediato anterior con 59.9% en el primer semestre. Por cada ocho intentos ocurridos en áreas urbanas se registró uno en área rural. En el transcurso del año 2004 ocurrieron en el país 3 324 suicidios. El promedio mensual se ubicó en 277 suicidios, con la mayor cantidad en el primer semestre del año con 50.5% del total, siendo el mes de febrero el más bajo con 7.4 por ciento. Ocho de cada diez suicidios ocurrieron en el área urbana y dos de ellos en el área rural.

El volumen anual registrado de suicidios ocurridos en 2004 y su comparación con el identificado en 2003, reflejó una tendencia descendente en el ámbito nacional y en la mitad de las entidades federativas que integran el país.

Entre las causas conocidas para llevar a cabo el acto suicida, en los dos últimos años destacaron el disgusto familiar y la causa amorosa. Al comparar su volumen con el de las causas menos frecuentes, se identificaron ocho casos de disgusto familiar por cada uno de remordimiento y dos por causa amorosa frente a uno de dificultad económica. En el ámbito nacional, el medio más utilizado fue la estrangulación al cual se recurrió en siete de cada diez actos y también fue el de mayor frecuencia para consumir los suicidios realizados en casa habitación.

El uso de arma de fuego en casa habitación ocupó el segundo lugar, al ser utilizado en 25 de las entidades federativas para llevar a cabo la acción autodestructiva; la excepción se dio en Chiapas, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán, donde el veneno tomado ocupó el segundo lugar en importancia. Ocho de cada diez suicidios fueron consumados en la casa habitación; en orden descendente siguen el campo con 6.2% y la vía pública con 4.8 por ciento.

### **Características de la población suicida**

Entre las 193 personas que intentaron suicidarse en 2004, se registraron 91 hombres y 102 mujeres. Donde se observó un decremento de -13.1% en el total

nacional de personas que intentaron el suicidio. En el período comprendido de 1995 a 2004, se observó una frecuencia promedio de 322 casos anuales, en los que cuatro de cada diez fueron efectuados por hombres. En cuatro de los diez años presentados, la frecuencia de intentos realizados por mujeres superó los 200 casos anuales, mientras que la de los hombres fue menor en todos los años.

Respecto a la edad que tenía la población registrada, la frecuencia más sobresaliente entre los hombres que intentaron el suicidio se ubicó en el rango de 20 a 24 años, al presentarse en dos de cada diez intentos; en orden descendente le siguió el rango de 15 a 19 años. Siete de cada diez personas de uno u otro sexo que intentaron el suicidio, tenían entre 15 y 34 años de edad. La tercera parte del total de las mujeres que también intentaron el suicidio, eran jóvenes de 15 a 19 años de edad. Con relación a las características educativas de quienes intentaron suicidarse, 20% era población sin escolaridad y 80% con algún nivel de escolaridad. Cinco de cada diez personas que atentaron contra su vida sin conseguirlo, habían cursado nivel secundaria mientras que dos de cada diez contaba con estudios de nivel primaria. Una cuarta parte del total de mujeres que intentaron el suicidio, habían realizado estudios escolares a nivel secundaria, como máximo grado alcanzado; en tanto que 12% estudiaron a nivel preparatoria o equivalente. Según la edad de las mujeres suicidas, sobresalió la proporción de quienes tenían entre 15 y 19 años, en dos de cada diez casos. Al sumar la cantidad de aquellas que contaban entre 15 y 39 años de edad se identificó a más de la mitad de la población femenina suicida (63.6 por ciento).

Por lo que se refiere a los hombres suicidas la mayor proporción según su grupo de edad, se ubicó entre los 20 y 24 años, al representar 16.0% de los casos; mientras que 61.1% del total masculino se concentró en el rango de 15 a 39 años. Respecto al estado civil de las mujeres suicidas, 39.2% eran solteras, indicador que se manifestó a la baja en 7.6% respecto al año anterior.

***Conductas autodestructivas: suicidio e intento suicida.***

Las conductas autodestructivas son clasificadas en directas e indirectas. Las primeras son las que ponen en peligro la vida y son acompañadas de la intención expresa de matarse, ya sea dándose un tiro, ahorcándose o arrojándose al vacío entre otras. Las segundas también ponen en peligro la vida sin la intención explícita de hacerse daño, como manejando automóviles a alta velocidad practicando deportes de riesgo, como el alpinismo, el abuso de alcohol y drogas en donde no se busca directamente la muerte, si no la sensación placentera asociada con el riesgo propio de dichas actividades.

Una de las clasificaciones más antiguas sobre el suicidio es la que propuso Durkheim (1897), quien lo organizó en cuatro categorías:

**“Suicidio egoísta** en el que el sujeto se aparta del conjunto de los seres humanos y resulta del debilitamiento de las normas sociales. Típico de sociedades deficientes o carencia de integración social”.

“**Suicidio anómico** característico de falta de regulación social (anomia), las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo, por lo que es cometido por una lealtad extrema y surge en sociedades donde, por efecto de una transformación brutal, los principales puntos de referencia y valores comunes se derrumban en una persona”.

“**Suicidio fatalista** cuando existe un alto grado de regulación social”.

“**Suicidio altruista** producto de la creencia de que el mundo social, sus normas y valores se desmoronan. El individuo se sacrifica por fines sociales, característico de sociedades con alto grado de integración social. En el suicidio altruista el individuo que se suprime esta convencido de que rinde un servicio a la colectividad”<sup>8</sup>

Por su parte el INEGI recientemente clasifica al intento de suicidio como una forma de lesión autoinfligida (INEGI, 2006), asociadas con esta se encuentran las conductas automutilantes como lo son: cortarse o escarbarse la piel, quemarse la piel, tatuarse ellos mismos, rascarse hasta secarse sangre, borrarse la piel hasta que salga sangre, golpearse ellos mismos, jalarse el cabello, insertarse objetos por debajo de la piel o de las uñas, morderse, picarse diferentes áreas del cuerpo hasta el punto de sangrar. Entre las razones que llevan a un adolescente a realizar dichas conductas se encuentran: aliviar el sentimiento de vacío, castigarse a sí

---

<sup>8</sup> Durkheim, Emilio., *El suicidio*., Edic. 1ª, Ed. Nuestros Clásicos UNAM, México 1983

mismo y para los sentimientos negativos o desagradables para sentirse relajados.

Como resultado de estas características se crea la imperiosa necesidad de crear pautas para identificar a una persona en riesgo suicida, y es con esta finalidad que en las siguientes líneas se describirán las conductas que se emplean para la identificación del riesgo suicida.

Siendo que una conducta parasuicida incluye diversas conductas autodestructivas pueden clasificarse en las siguientes categorías.

1.-Suicidio consumado, que abarca todos aquellos actos lesivos auto infligido con resultados de muerte. Son mas frecuentes en el sexo masculino y son los llamados actos duros o violentos como las armas de fuego y el ahorcamiento.

2.-Intento suicida, es denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autoeliminación intencionada; se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el individuo de forma deliberada donde se hace daño a si mismo y se considera que este tipo de actos se da más en el sexo femenino donde son métodos suaves o no violentos, entre ellos la ingestión de fármacos y sustancias tóxicas

3.-Conductas suicidas que abarcan las siguientes manifestaciones:

- A. -Es deseo de morir, que representa la inconformidad e insatisfacción del propio sujeto con su modo de vivir en el momento presente.
- B. -La representación suicida, son imágenes mentales del suicidio del propio individuo.
- C. -Ideas suicidas o pensamientos de terminar con la propia vida, pudiendo adoptar las siguientes formas:
- Ideas suicidas sin un método específico: pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle como no la va a llevar acabo no sabe.
  - Ideas suicidas con un método inespecífico o indeterminado: en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle como lo va a hacer usualmente responde “de cualquier forma”
  - Ideas suicidas con un método específico no planificado: en el cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo acabo pero aun no ha ideado cuando lo va ha ejecutar, en que preciso lugar y tampoco ha tenido en consideración las precisas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto.
  - El plan suicida o idea suicida planificada: en la que el individuo que desea suicidarse ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizara y el momento oportuno para no ser descubierto.
- 4.-La amenaza suicida, que consiste en la insinuación o afirmación verbal de las

intenciones suicidas expresadas ante las personas.

5.-El gesto suicida es un ademán de realizar un acto suicida. La adolescencia como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que, el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión, por ello el suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente.

6.-El suicidio accidental, que es realizado con un método, del cual se desconocía su verdadero efecto, pero no se pensó que el desenlace fuera la muerte, la cual no era deseada por el sujeto al llevar acabo el acto.

7.-Muerte subliminal o bien provocar la muerte al aproximarse al lugar donde el individuo es extremadamente vulnerable.

Las conducta suicidas pueden organizarse como un espectro en donde una persona puede atravesar por cada una de las fases que van desde la ideación hasta el suicidio consumado, siendo también que algunas personas solo presenten algunas etapas. Se sabe de la multiplicidad de la conducta suicida. Sobre este tema Shneidman (2005) después de sus 35 años de trayectoria como investigador y terapeuta en materia de riesgo plantea:

“Yo creo que cada caso de suicidio tiene su propia y  
única constelación de factores, incluyendo en el centro,



el vital rol que idiosincráticamente es llamado dolor psicológico, el cual esta impulsado por un patrón de necesidades psicológicas frustradas esencialmente para cada persona en particular”.

### ***Factores de riesgo.***

Clasificación empleado por el doctor cubano Sergio A. Pérez Barrero, quien es un experto mundial en el tratamiento y prevención del suicidio. Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la Red Iberoamericana de Suicidiología (Barrero, 1998).

### **I.-Factores culturales.**

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de identidad y costumbres que también se hacen presentes entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término “shock cultural” para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.

–Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.

–Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.

–Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

## **II- Situación familiar y eventos vitales adversos.**

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disóciales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.

- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de nacimiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales<sup>9</sup>.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.

---

<sup>9</sup> Relaciones sociales que están determinadas sobre todo por factores biológicos y psíquicos.

- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

### **III- Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.**

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- A. Depresión. Es una enfermedad del estado de ánimo, la cual exalta al ser humano en su totalidad ya sea física y emocionalmente con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas

habituales de la vida de forma óptima.

- B. Trastornos de Ansiedad. Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes.
- C. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica, quien puede temer a volverse loco perder la razón o morir de un ataque cardiaco.
- D. Abuso de alcohol y drogas. La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias.
- E. Trastornos incipientes de la personalidad. Es otro factor de riesgo suicida entre adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresaliendo en este factor los siguientes:
  - F. Trastornos de la alimentación.
  - G. Trastorno Esquizofrénico.

Otra calificación de los factores de riesgo es la descrita por la perspectiva sistémica que esta dividida en tres:

### **Factores de riesgos individuales, familiares y sociales.**

Factores individuales:

---

Cuando se analizan los factores individuales de los adolescentes asociados con el suicidio y con el intento suicida consistente aparece la sintomatología depresiva acompañada por la ideación suicida, la conducta impulsiva, así como la falta de habilidades de interacción. Cuando estas características individuales se ven acompañadas de un contexto familiar en conflicto, la probabilidad de intento suicida aumenta.

Sobre este tema Cereijido y Balnck plantean que:

“...el crecimiento del sujeto esta mental y afectivamente basado en el investir, desear y abrazar ideales. Ahora, como preámbulo al enfrentamiento de la muerte debemos ocuparnos de lo que sucede cuando predomina en cambio, la pulsión de muerte. Bajo este predominio los objetos parecen prescindibles, no hace falta, no hay nada que se desee conseguir, reina la quietud y el desinterés. La pulsión de muerte aparece entonces como deseo de no desear. Se manifiesta en depresiones severas, los suicidios, las psicosis, las angustias catastróficas, los miedos a la aniquilación y los sentimientos de futilidad<sup>10</sup>”

---

<sup>10</sup> inutilidad

Aun cuando con frecuencia se considera a la depresión durante la adolescencia una fase normal del desarrollo asociada con la edad de confusión, se tiene evidencia de serios trastornos depresivos durante esta etapa. Mas del 3% de los adolescentes sufren condiciones depresivas tan graves que pueden ocasionar difusiones sociales, incrementándose la probabilidad acumulativa de padecer un trastorno depresivo en la adolescencia tardía en un 10 al 20%, así mismo existe una relación entre la presencia de episodios depresivos en la adolescencia y la presencia de estos en la vida adulta, quizá sea este proceso de eventos estresantes, la excesiva dependencia emocional y los síntomas depresivos los que explique el que con frecuencia después de un intento suicida la mayoría de las veces se acompaña de posteriores y recurrentes intentos (Harrington 2001).

Kira (1993) describe los siguientes factores de riesgo de intento suicida:

Intentos previos

Comunicación directa e indirecta del intento suicida

- ✓ Señales verbales.
- ✓ Advertencias escritas.
- ✓ Regalar sus pertenencias.
- ✓ Hacer testamento.
- ✓ Preparar su funeral.
- ✓ Depresión.
- ✓ Desesperanza y desesperación.
- ✓ Desamparo.

- ✓ Autoevaluación.
- ✓ Enfermedad y tristeza.
- ✓ Incremento de la inatención y la distractibilidad.
- ✓ Apatía e inercia.
- ✓ Alteraciones en la alimentación y el sueño.
- ✓ Ansiedad y agitación.
- ✓ Deterioro físico.
- ✓ Estresores múltiples y crónicos.
- ✓ Abuso de sustancias.
- ✓ Trastorno de conducta.
- ✓ Trastornos psicóticos y esquizofrenia.
- ✓ Problemas de aprendizaje.

Durante la adolescencia, los conflictos con el mejor amigo(a) se relacionan con ánimo deprimido, la tendencia a somatizar y a reportar malestar; siendo las mujeres las que reportan con mayor frecuencia que los varones a que se sienten mal en sus relaciones interpersonales. Desde la perspectiva de diagnóstico de problemas de salud mental en adolescentes que cursan secundaria. De la Peña Estrada, Almeida y Páez (1999), encontraron una prevalencia del 12 % de trastorno depresivo mayor y del 7.5% para la distimia, destacando la existencia de diferencias significativas en el aprovechamiento escolar entre los estudiantes encontrados sanos y los que presentan trastornos depresivos.



Las conductas impulsivas también se asocian con frecuencia a la etapa de adolescencia. Páez, Jiménez, Lopos y Ortega (1996) mencionan que los trastornos en el control de los impulsos se caracterizan por la incapacidad de resistir los impulsos, deseos, tentaciones de cometer un acto dañino para la propia persona y para las demás, en donde el individuo siente una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y después de cometerlo, tiene experiencias placenteras, de gratificación y alivio. Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas psíquicos entre los que se incluye el abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de la alimentación y la conducta suicida y criminal.

Llanger (1980) considera que los jóvenes que han intentado quitarse la vida, con frecuencia toman esa decisión ante los acontecimientos inmediatos que precipitan la acción, por ejemplo: la ruptura o la terminación de un romance, un embarazo, el fracaso escolar, conflicto con los padres, el rechazo por parte de un amigo, u otros acontecimientos que afecten emocionalmente.

Por otro lado se ha encontrado mayores índices de intento suicida en los adolescentes, homosexuales, lesbianas y bisexuales, debido a sus sentimientos de soledad, aislamiento, y sus dificultades para enfrentar la discriminación por lo que se considera a esta población en alto riesgo de intento suicida (Proctor y Groze, 1994).

***Factores de riesgo familiares.***

Cuando se les pregunta a los adolescente cual fue la situación que detono su intento suicida, la respuesta mas frecuente son los conflictos familiares, que van desde alguna discusión con los padres, entre los familiares, dificultades de comunicación, agresión, violencia, desamor y rechazo. La importancia de la detección de riesgo dentro del ámbito familiar tiene un papel de extrema relevancia en la prevención del suicidio y el intento suicida en la adolescencia.

Entre los factores familiares de intento suicida en los adolescentes, Moscicki (1997) menciona la historia familiar de intentos suicidas, los trastornos del estado de animo y el abuso de sustancias en la familia, el ambiente familiar disruptivo (separación, divorcio, viudez, conflicto familiar, problemas legales). Estilo de crianza negativo, la violencia, el abuso físico y sexual.

Entre los problemas de comunicación que se asocian mas con los riesgos de conducta suicida en la adolescencia, se encuentran las barreras en la comunicación, discusiones y rechazos además de disciplina y modelos familiares inadecuados.

Un estudio longitudinal realizado en nueva Zelanda durante 21 años con 1265 niños Ferguson, Woodwar y Horwood (2000), señalan que a la edad de 21 años el 28 % de la muestra reporta haber pensado en matarse y el 7.5% haber tenido un intento suicida. Encontraron que aquellos jóvenes que intentaron suicidarse

tuvieron una infancia con un ambiente familiar caracterizado por la adversidad socioeconómica, conflictos materiales, bajo apego de los padres y abuso sexual. Así mismo durante la adolescencia mostraron altos rangos de conducta neurótica y una marcada búsqueda de experiencias novedosas.

Los adolescentes buscan el suicidio una forma de tener control de su vida dentro del ambiente familiar, aunque sea a través de controlar su muerte, donde el acto representa una forma de liberarse de las presiones y las ataduras, reglas rígidas e inflexibles de la familia. Por lo que la función de la familia como promotora de la salud y enfermedad de sus integrantes esta siempre presente.

### ***Factores de riesgo social.***

Los indicadores de riesgo suicida entre los adolescentes con depresión son la tendencia suicida previa, las ideas suicidas, los sentimientos de desesperanza y los problemas comórbidos como por ejemplo: el abuso de sustancias, el enojo, el fácil acceso al método suicida y la falta de apoyo social (Harrington, 2001).

La investigación indica que los sobrevivientes al suicidio pueden experimentar menos o cualitativamente diferente apoyo social, comparados con los sobrevivientes de otro tipo de muerte, y este decremento en el apoyo social puede jugar un rol en la experiencia de duelo de los hijos de padres que se suicidaron (Alexander 1991).

***Indicadores psicosociales en adolescentes suicidas***

El hombre esta influenciado por su entorno y el desarrollo de la psique, por supuesto en el adolescente no es la excepción. Al contrario se encuentra vulnerable al medio por lo que sus actitudes sociales y procesos psicológicos determinan el comportamiento individual, algunos autores señalan ciertos indicadores psicosociales en los adolescentes que se suicidan.

Pobre autoestima y sentimientos de inadecuación: de acuerdo con Martin, Rosales y cols (1995) la baja autoestima indica un rechazo, no autosatisfacción provocando sentimientos de inadecuación.

Hipersensibilidad: Meléndez (1996) afirma que los adolescentes que son hipersensibles tienen mayor riesgo de cometer suicidio.

Perfeccionista: es una conexión entre el suicidio y adultez la cual es manifestada frecuentemente con el deseo abrumador de lograr la perfección, lo cual puede devenir en un gran estrés o frustración ante las expectativas no cumplidas.

Deterioro académico: El deterioro escolar conduce a sentirse fracasado lo que genera soledad.

Desintegración familiar: un significativo número de los casos tiene un hogar roto (Tishler, Howton, 1988).

Factores estresantes: en las fuentes de estrés que con frecuencia acompañan a la adolescencia pueden mencionarse los cambios físicos del desarrollo, los problemas en las relaciones interpersonales, los conflictos filosóficos y espirituales (Kirk, 1993).

***Enfoques que hacen referencia al suicidio:***

Ninguna teoría puede explicar de forma integral este fenómeno, por lo que el estudio del suicidio debe hacerse de una forma interdisciplinaria.

**Enfoque Sociológico.**

Durkheim señala que *“los acontecimientos que impactan a las sociedades tardan tiempo en manifestar del todo sus efectos por lo que menciona: Toda ruptura del equilibrio social aunque estable de momento, tarda siempre un tiempo en producir consecuencias”*, por lo que el impacto de dichas rupturas en el suicidio se reflejan en los datos estadísticos a manera de ondas de movimiento que implican altas y bajas, aunque la tendencia general va en aumento.

En el momento en el Durkheim realizo su análisis comparo índices de suicidio con las siguientes variables:

- Índices de mortalidad
- Índices de locura
- Índices de alcoholismo
- Raza
- Religión
- Latitud geográfica
- Estaciones
- Herencia
- Campo – ciudad

Los estudios realizados por Durkheim realizados hace mas 100 años muestran que algunas de sus condiciones todavía subsisten, mientras que otras pueden rechazarse (analiza la progresión de suicidios en relación con la edad, considerando que el suicidio progresa sin interrupción de edad en edad).

Por otra parte y desde una integración filosófica, psicológica y social Fromm establece tres hipótesis que explican el aumento de suicidios en la sociedad contemporánea.

Considerar la vida como una empresa en los que se elaboran balances, donde se considera el fracaso o el éxito “el hombre se suicida exactamente como un hombre de negocios, se declara en quiebra cuando las perdidas exceden las ganancias y

cuando ha perdido la última esperanza de recuperarlas”.

El tedio y la monotonía de la vida, generan consecuencias en el modo enajenado de vivir.

La “anomia” que consiste en el anonimato social en pasar desapercibido y carente de vínculos profundos a pesar de estar rodeado de gente.

### ***Enfoque psicológico***

Freud (citado por Menninger 1972), refiere que tanto el instinto de muerte<sup>11</sup> como el instinto de vida están en constante conflicto de interacción, teniendo ambas una dirección interna y externa. De acuerdo con este concepto, existe desde un principio en todos nosotros posibles tendencias hacia la propia destrucción que pueden llegar a hacerse efectivas como suicidio únicamente en los casos excepcionales donde se conjuguen circunstancias y factores determinantes.

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

---

<sup>11</sup> Freud postuló que en todo individuo existe un instinto innato de destrucción y muerte

***Enfoque Psicológico Desde la Logoterapia.***

En el caso de suicidio para lo logoterapia, la ausencia del imprescindible sentido del vivir es lo que lleva a tomar esta decisión. Para Víctor Frankl<sup>12</sup> lo que el hombre busca o al menos, es originalmente, el cumplimiento del sentido y la realización de valores, en una palabra; su plenitud existencial, en el caso de los suicidas existe lo contrario, a la plenitud existencial coexiste un vacío existencial.

Víctor Frankl hace referencia al suicidio en sus escritos manifestando claramente “el suicidio no tiene nunca una justificación moral...”, ni siquiera el suicidio exploratorio<sup>13</sup> y mas adelante añade “...en ves de borrar del mundo una desventura ocurrida, lo que borra del mundo es el yo”.<sup>14</sup>

Frankl llama la atención hacia el sentido de que si bien es cierto que existen algunos trastornos psicopatológicos que pueden llevar al suicidio, este puede presentarse por resentimientos ante la vida, por situaciones desesperadas ante las que no se encuentra una aparente salida apropiada o de igual manera por fatiga o cansancio ante las dificultades que presenta esta vida.

---

<sup>12</sup>

<sup>13</sup> Frankl, Víctor. PSICOANÁLISIS Y EXISTENCIALISMO, de la psicoterapia a la logoterapia , México, fondo de cultura economica . 1978 p 95

<sup>14</sup> Ibid, p 96



***Evaluación del riesgo suicida***

Para evaluar el riesgo suicida en los adolescentes, Stoelb y Chiriboga (1998) proponen un modelo en el que consideran como:

*Factores primarios de riesgo:* Un intento suicida previo, trastornos afectivos y desesperanza.

*Factores de riesgo secundarios:* El consumo de sustancias, trastornos de la personalidad y de conducta.

*Factores situacionales de riesgo al funcionamiento familiar:* El haber presenciado un suicidio, apoyo social, estresores de la vida y la homosexualidad así como las implicaciones combinadas y su grado de importancia para determinar el nivel de riesgo de los adolescentes ante el suicidio.

# CAPITULO 3

## SUICIDIO COMO CONSECUENCIA DEL VACIO EXISTENCIAL

"Actua como si vivieras por segunda vez y en la primera lo hubieras hecho todo mal como estas apunto de hacerlo ahora"

V. Frankl

Como se menciona en el capítulo anterior, la necesidad de tener conocimientos sobre el origen del de suicidio crea la necesidad de conceptualizar la palabra suicidio, sus relaciones con conductas patológicas relacionadas y así mismo determinar el papel de la logoterapia.

Por lo tanto me enfocare en el concepto de suicidio propuesto por Frankl (1978). En su libro "psicoanálisis y existencialismo", Frankl se detiene a hacer un análisis sobre el fenómeno llamado suicidio, el cual menciona; es visto desde dentro esforzándose en comprender como piensa y siente el hombre cansado de vivir, pero analizando al mismo tiempo sus motivos y su justificación.

Comenzare por lo que él llama suicidio balance, el cual consiste en que el individuo decide quitarse la vida por medio de realizar un balance de lo que ha sido su vida hasta ese momento, pero esto no es en todo caso lo más conveniente, dado que no siempre una persona es capaz de hacer un balance objetivo de su vida, puede resultar que vean todo de manera tan problemática que no haya más salida que la muerte. Ahora bien, aunque podría pensarse que el suicidio este justificado como un sacrificio consiente y por lo tanto un acto autenticablemente moralmente, esto no implica que en el suicidio existe un resentimiento y la posibilidad de encontrar la solución a una situación tan

desesperada. Por ello Frankl concluye; el suicidio no tiene justificación moral, puesto que incapacita para reparar de una u otra manera el mal causado a otro.

Por otro lado algunas personas argumentan que el suicidio lo realiza un individuo en uso de su libertad, sin embargo la libertad tiene ya como premisa la responsabilidad, por lo tanto no puede sustraerse a su responsabilidad mediante la evasión de ésta en su vida, que es la evasión de la misma, es decir, el suicidio no deshace de lo que se huye, ni soluciona el problema.

Así que Frankl sugiere que es necesario hacer comprender al suicida que se parece a un jugador de ajedrez<sup>1</sup> que, obligado a enfrentarse a un problema demasiado difícil, derriba las figuras sobre el tablero. Así como no resuelve el problema, en la vida tampoco se solucionan echando esta por la borda:

***“hay que arreglárselas para convencer a esos desdichados, no solo de que pueden seguir viviendo sin necesidad que tener aquello de que por una u otra razón carecen, sino incluso de que deben considerar en buena parte, como un sentido de su propia vida el sobreponerse interiormente a su desventura, fortaleciéndose en ella y mostrándose a la altura de su destino, aun cuando algo les falle.... se sientan movidos a considerar la vida como un valor incondicional, como algo que tienen en cualquier circunstancia, sentido y***

---

<sup>1</sup> Frankl le hace una pregunta a un campeón de ajedrez: dígame maestro ¿cuál es la mejor jugada que puede hacerse?” lo que ocurre, es sencillamente que no hay nada que sea la mejor jugada, o una buena jugada si se le considera fuera de la situación.

***razón de ser, siempre que se sepa dar a una vida contenido, hacer que se encuentre una meta y un fin a su existencia, dicho de otras palabras que vean ante ellos su misión”.***

---

La frase que anteriormente citamos tiene un referendo en una Universidad de Estados Unidos, donde los estudiantes manifestaron no encontrar un sentido a su vida, y esta inexistencia se ve reflejada en la estadística de la Universidad del Estado de Idaho, dentro de las variables a medir se encuentra: 1). El sentido de la vida y 2). Condiciones biopsicosociales, encontrando en la primera variable que el 85% de los encuestados no veían ningún motivo a sus vidas. Curiosamente el 93% de ellos gozaba de excelente salud física y psíquica, tenían una buena situación económica, se entendían perfectamente con su familia, desarrollaban una actividad social y estaban satisfechos de sus progresos escolares.

Es aquí donde Frankl encuentra la respuesta a las condiciones que generan las conductas e intentos de suicidio, ya que con estas circunstancias observo que las necesidades generales eran satisfechas y en apariencia no había ninguna condición que realmente estuviera generando esta respuesta, por lo tanto Frankl habla de una condición a la que se enfrenta una persona que carece de sentido de vida: EL VACIO EXISTENCIAL<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Frank hace referencia el vacío existencial como un estadio de tedio

Para Frankl la mayor motivación del hombre es la voluntad de sentido, es decir, la búsqueda de un sentido de vida. Este es el principio del cual parte, para poder explicar el suicidio. De acuerdo con Frankl, el ser humano no es impulsado a buscar un sentido de vida, pero si necesita tener uno, porque sin un sentido de vida cualquier cosa que haga no podrá llenar su existencia que permite la trascendencia, es decir, ir más allá es ser- responsable y un ser-consiente:

***“No existe ninguna situación en la vida que carezca de auténtico sentido, este hecho debe atribuirse a que los aspectos aparentemente negativos de la existencia humana y sobre todo aquella trágica triada en la que confluyen el sufrimiento, la culpa y la muerte, también puede transformarse en algo positivo, en un sentido, a condición de que salga al encuentro con la adecuada actitud y disposición... y sin embargo se llega al vacío existencial. A esto se debe cabalmente que exista tal motivo en la sociedad de la opulencia donde solo se satisfacen las necesidades pero no la voluntad de sentido, la sociedad de la opulencia trae consigo una sobreabundancia de tiempo libre que ofrece, desde luego, la ocasión para una configuración de una vida plena de sentido, pero que en realidad no hace sino contribuir al vacío existencial.”***

---

Este sentido de vida sufrió cambios importantes en dicha época, el índice de suicidios incremento en Europa, este hecho fue muy importante en la formación de la teoría de Frankl, pues haciendo uso de la historia, se ve que en la década de los 20s surgen grandes urbes en su continente, Londres, Paris, Viena, entre otras ciudades que presentan gran auge, en donde se tenía como condiciones para vivir la explosión demográfica, el desarrollo industrial y la generación de empleos, lo que les da un estabilidad económica, comodidades y lujos, que generan la diferencia de clases sociales.

En este caso, Frankl considera que es precisamente este ritmo de vida, lo que lleva a las personas a tener deseos, intentos y/o a consumar un suicidio, tal parece que al tener una vida arreglada, se va perdiendo el sentido lo realizado o de lo deseado por mecanizar los sentimientos.

Por ello Frankl considera que el hombre de la época actual está inmerso en este sentimiento de vacío, porque no sufre el sentimiento de tener menos valor que otros, sino mas bien bajo el sentimiento de que su existencia no tiene sentido, lo que lo lleva a una frustración existencial<sup>3</sup>, la cual es considerada por el autor la causa de enfermedades psíquicas, por lo tanto el hombre existencialmente frustrado, no haya con que llenar este vacío.

***“en opinión de Schopenhauer, la humanidad oscila entre la tensión y el aburrimiento”***

---

De hecho se advierte una y otra vez, que en el fondo de numerosos casos de frustración existencial, suele presentarse en forma de compensación sexual y así en los casos de vacío existencial podemos observar que la libido sexual se vuelve agresiva.

Así mismo se enlista que el aburrimiento puede ser “mortal”, inclusive hay autores que llegan a afirmar que los suicidios deben atribuirse en última instancia, a que el vacío interior responde a la frustración existencial.

Ya que estos problemas son parte de la actualidad y generan estas respuestas como resultado de que hoy en día hay demasiado tiempo libre, el individuo existencialmente frustrado, no sabe cómo llenar este tiempo, ni tiene la oportunidad de realizar actividades.

Un ejemplo de esto es cuando Frankl menciona la “neurosis dominical” donde se refiere a cuando una persona no se da cuenta de que su vida no está teniendo sentido, se sumerge en el trabajo, absorbiendo todo su tiempo y esfuerzo, por lo que el domingo es cuando no tiene nada en que ocupar su tiempo y esfuerzo, y es cuando se manifiesta el vacío existencial en el que está viviendo, pues sin el trabajo no le queda nada de su existencia, probablemente porque fuera del trabajo donde ya no es el jefe o la secretaria o la maestra o el barrendero, sino simplemente es él o ella, entonces surge las preguntas ¿ quién soy?, ¿Para qué o



por quien trabajo?, ¿Por qué vivo?, etc. Por lo que no pocos casos de suicidio pueden rastrearse hasta este vacío existencial.

A esta situación Frankl le llama enmascaramiento, por que se encubre la voluntad del sentido, por la voluntad de dinero, voluntad de poder o voluntad de placer. Sin embargo mientras unos invierten todo su tiempo en el trabajo o en otras actividades, existen otras personas, como las amas de casa que tienen mucho tiempo libre y que sienten que solo lo pueden llenar con chismes o con la dedicación excesiva en la familia. Ante esto Frankl considera al ritmo acelerado de la vida actual como un intento de automedicación, aunque inútil de la frustración existencial. Cuanto más desconoce el hombre su vida, mas trepidante ritmo a da a esta.

Otro de los aspectos que intervienen en la creación del vacío existencial es la pérdida o decadencia de los valores universales, ya que esta produce un sentimiento de vacío y desaliento lleno de inseguridad, puesto que estos valores de alguna manera guían el comportamiento del hombre. Sin embargo, comenta Frankl, el hombre no se desplomara puesto que le queda su capacidad de descubrir los sentimientos únicos de sus situaciones vitales, sencillamente porque el ser humano no está desposeído de su conciencia y tiene la capacidad de dar respuestas únicas y originales a cada pregunta que se enfrente en su vida.

Parece que el fin de siglo y del milenio trae consigo el lema de “el rescate de los valores”, en muchas fuentes de información hace referencia a ello, en la televisión

además de los programas ultra violentos, también hay mensajes que intentan contrarrestar la violencia haciendo mención de lo que se “debe” y lo que “no se debe”. Es más, el sistema educativo ha modificado la signatura de Civismo por “Formación Ética y Moral” cuyo objetivo es precisamente rescatar los valores universales en la educación secundaria, haciendo partícipes a los jóvenes en el cambio.

Hasta en el cine la nueva ciencia ficción trae consigo mensajes existenciales, pues cuestionan el futuro del hombre, es más, el sentido de la existencia del ser humano, Frankl explica la génesis del sentimiento de vacío, de esta manera: el hombre no se guía por ningún instinto, ni por ninguna tradición que le enseñen lo que se debe “ser”. Es decir, el individuo se encuentra en un estado de inexistencia al no saber lo que quiere ser.

De lo expuesto anteriormente podríamos decir que Frankl aunque hace el análisis de una cultura totalmente ajena a la nuestra, retoma elementos que son universales en las cuestiones y sentimientos humanos, dado que como seres humanos, no importa la geografía o la cultura a la que pertenezcamos, nos enfrentamos al sufrimiento, al amor, o la muerte; así que creo que es posible retomarlo para explicar lo que ocurre en épocas actuales.

En esta parte se puede hacer mención de los casos tan pronunciados de suicidios en adultos entre 35 y 55 años, que se dieron en los años noventa a causa de la

crisis económica, pues al aparecer una deuda económica era lo que menos se podría tolerar.

Algo similar surge en las relaciones amorosas, Frankl hace referencia a un Tu y un Yo, cuando dos personas se unen sentimentalmente se forma una diada de tu y yo, es decir, que son dos individuos que permanecen juntos y comparten su vida, el problema surge cuando esa diada se convierte en uno solo, es decir, tu –yo porque ya no hay individualidad, no hay independencia, no hay identidad, etc.

En la cultura mexicana, esto es más común en la mujeres que en los hombres, pues desde la infancia no se enseña a ser independientes ni autosuficientes, así que cuando surge el desapego de la madre, se crea otro vínculo y tal vez mucho mas fuerte, por la cuestión afectiva y social, el del esposo. Cuando surge el rompimiento de este vínculo, es aun mas difícil para las mujeres aceptarlo, la probable consecuencia es la depresión y en muchos casos se acompañada de la idea, el intento o el suicidio consumado.

Así podemos acercarnos a comprender o analizar el suicidio por decepción amorosa que ocurre tan frecuentemente en los jóvenes, quienes aun no han encontrado el verdadero sentido de su vida y caen en la creencia de que está en su ser amado, y cuando se pierde aquel que constituía todo su universo, este se derrumba y no queda nada, así que el yo queda sin ningún sentido. Es importante hacer la observación de que no es lo mismo encontrar el sentido de la vida en una persona que en el amor, pues como Frankl señala, el sentido del amor es poder

dar algo de mí a ese otro, y no vivir en función del otro. Y no solo eso, porque se puede encontrar en sentido de vida cuando se tiene a quien amar y por quien seguir viviendo, por ejemplo: mi madre, mis hermanos, mis hijos, etc., que no es lo mismo que adjudicarme el sentido de vida de la persona a la que quiero como mío, pues es cuando se llega a la pérdida de sentido si se pierde al ser querido. Lo cual deja al descubierto el vacío existencial.

Es aquí donde se pone de manifiesto otra gran diferencia entre la teoría de Frankl con la de Freud, que dice que las causas del suicidio están en el inconsciente del hombre, que tienen una identificación ambivalente de amor y odio en sus relaciones objétales. Cuando estas se frustran, el lado agresivo de esa ambivalencia se dirigirá en contra de la persona interiorizada, la principal posición psicoanalítica sobre el suicidio argüía que su comisión no era sino el ejercicio de la hostilidad de la ambivalencia hacia el objeto amado introyectado. Psicodinamicamente, decía que el suicidio era como un asesinato de 180 grados, es decir, como no puede manifestar sus instintos de muerte hacia la otra persona, lo manifiesta para sí mismo.

Por otra parte, Frankl menciona otra condición que hace aun mas difícil salir de esta situación pues:

*“los pensamientos del enamorado no correspondido giran de una moda caso masoquista, obsesivamente, en torno a su desgracia.*

*El amante desdichado se atrinchera detrás de su -primer o*

*último- fracaso, para no quemarse de nuevo los dedos en la hoguera, se esconde detrás de su desgraciada experiencia amorosa: va a refugiarse a la desgracia pasada, huyendo de las posibilidades de desdichas futuras. En vez de seguir buscando hasta “encontrar” renuncia a la búsqueda. En vez de abrir su espíritu a la riqueza de las posibilidades de la vida amorosa, se cierra a cal y canto contra ellas. Clava su mirada fascinada en lo vivido, para no tener que mirar la vida. Le importa más la seguridad que la disposición del espíritu”*

---

Para Frankl, la experiencia de encontrarse en la situación, mas terrible, como él la llama, de estar prisionero en un campo de concentración, lo lleva a descubrir, que a pesar de estar en las peores circunstancias, mientras se tiene o se encuentra un por que? o para quien? seguir viviendo, no importa lo que tenga que pasar o aguantar.

Con esto surge la trascendencia del ser, es el deseo de ser algo mas, de ir mas allá de que somos o tenemos actualmente, que le da sentido a todo, el trabajo, el amor, incluso el sufrimiento que tanto nos cuesta aceptar a los seres humanos.

En comparación con una situación actual, como es el caso de los indígenas de nuestro país, estas personas por razones que no podemos analizar en este espacio se han enfrentado a situaciones desagradables e inhumanas, sin embargo ellos siguen luchando por un ideal, una esperanza, una respuesta o como se le quiera llamar, que los motiva a continuar y no rendirse (“no arrojarse a la

alambrada” como menciona Frankl) pareciera que en ese caso el sentido de su vida, es precisamente defender su existencia, lo cual nos lleva a pensar, que está claro el porqué o mejor dicho para que de su existencia. Aquí me atrevería a decir que han encontrado un supra sentido de su vida, porque no se trata solo de satisfacer las necesidades primarias, sino va mas allá de ello, y no solo hacen referencia a “su vida”, si no a su “existencia en el mundo”. Obviamente no se trata de crear deidades ni superhombres, sin embargo me parece que pone al descubierto que existe una clase de personas que luchan por algo que tal vez aquellos que lo tienen todo ya no encuentran un sentido, a mas bien, lo han olvidado.

Probablemente no sonara muy innovadora la teoría de Frankl; sin embargo el que lleve al campo de la psicología una perspectiva diferente para analizar el fenómeno del suicidio, es una aportación valiosa, pues en esta época donde se encontraba en pleno auge el psicoanálisis, el suicidio era considerado una patología desde el momento en el que el hombre cuestionaba su existencia. Aun a finales del siglo XX los psicólogos se empeñaba en considerar al suicidio como un problema meramente psicológico.

Con esta propuesta Frankl, deja ver que hay una gran diferencia entre una patología psíquica y el cuestionamiento de la existencia.

---

# CAPITULO 4

# PREVENCIÓN

Si estás sólo ten valor para acompañarte.

La prevención constituye no solo un invento de los últimos años, sino también la panacea para la solución de todos los problemas reales y concretos de la promoción de la salud y de la calidad de vida.

Partiremos del supuesto de que la prevención comienza cuando el ser humano se hace consciente de la inevitabilidad de la enfermedad, del sufrimiento, del dolor y de la muerte, y comienza a articular prácticas mágico-religiosas o de cualquier otro tipo para la promoción de la salud. Siempre que exista un tratamiento sea cual sea para una enfermedad determinada, se busca una estrategia alternativa para impedir el surgimiento y la reparación del daño a la que llamaron paleo prevención, para referirse no solo a los procedimientos empleados por los pueblos primitivos para la protección de la salud y de la calidad de vida, así como para la prevención de la enfermedad, sino también para la permanencia de dichos procedimientos de las sociedades capitalistas avanzadas.

A lo largo del siglo XX países capitalistas avanzados desarrollaran un clima científico social positivo acerca de la prevención de la salud y de la calidad de vida del individuo en su comunidad, como resultado no solo de los avances en el control de múltiples de los agentes etiológicos de diversas enfermedades, sino también de un mayor interés y concientización por la promoción de la salud individual y colectiva.



Entre las publicaciones acerca de los nuevos movimientos sociales se incluyen los esfuerzos de la promoción de la salud y de la calidad de vida, esto es podemos reconocer que la teoría y la práctica de la situación actual de la prevención constituyen un nuevo movimiento social.

Tal vez el movimiento social comunitario de la prevención de la enfermedad no tenga las mismas características que los otros movimientos pero en última instancia constituye un movimiento a favor de la salud y de la calidad de vida tanto a nivel individual como colectivo ( cfr., por ejemplo , Buecheler, 1993), este movimiento tiene como característica el integrar al individuo como primer paso, para que a través de esto el sujeto o la persona haga conciencia de la importancia de la promoción de la salud y los beneficios que puede obtener a través de esta, tanto para él como para su comunidad.

Ahora bien al hablar de la salud es necesario mencionar la importancia de la prevención como elemento primordial para el bienestar de salud de cada persona.

Al hablar del término prevención es necesario revisar el origen de esta palabra es decir, **prevención proviene** del verbo prevenir, es definida como "la preparación o disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa" (Larousse, 1950, Pág. 755). Queda claro entonces que al utilizar este término nos referimos a una acción de carácter anticipatorio.

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar, un modo de organizar y de actuar. Cualquier sistema de Salud resultaría ser más eficaz en la medida en la que se prevenga más que se cure. Siendo así que La prevención resulta más factible social y económicamente a la sociedad por los costos que representan para ellos (psicológica, salud, económica), curar implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos y de mayores gastos. Resulta que la prevención es más eficaz porque, como se señala en el campo específico de las acciones profesionales del psicólogo, la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas"

Por lo tanto, las clasificaciones centradas en un modelo clínico indican que los niveles de prevención están en función del proceso de desarrollo de la misma enfermedad, por lo que en el ámbito de la prevención encontramos intervenciones a diferentes niveles dependiendo de la presencia de la enfermedad.

Siendo así autores como Caplan y la de Stevenson abordan el estudio de las condiciones a través de las cuales se generan los distintos niveles de enfermedad, encontrando en cada uno de ellos lo siguiente.

Caplan refiere la existencia de una **prevención primaria**, que se dirigiría a la

reducción del riesgo de la enfermedad. La **prevención secundaria**, que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la **prevención terciaria**, que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitación del sujeto para su reinserción social. (Bleger, 1994).

Así mismo Stevenson S. realiza la clasificación en **prevención presuntiva** como aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología, **prevención relativa** la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias, y la **prevención absoluta** que va hacia la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas (Bleger, 1994).

Estas clasificaciones han presentado a través del tiempo algunas modificaciones dado que en sus inicios estas se concebían de la siguiente manera, estas clasificaciones han ido evolucionando a la largo del tiempo por lo que Tolman (1950) propone las que se presentan a continuación.

1. Prevención primaria o universal. Pretende reducir la incidencia de riesgo generalizado de una enfermedad, que busca impactar a toda la población, está basada en la presunción de que el riesgo se disemine a través de la población y que las tasas de prevalencia pueden ser reducidas mejor si se incluye en el muestreo a toda la población independientemente del grado de riesgo que está presente.

2. Prevención secundaria o selectiva: tiene como finalidad reducir la prevalencia de la enfermedad que afecta segmentos específicos de la población, está enfocada en la porción de la población que se ha identificado con riesgo elevado; parte de la idea de que al abordar esta población será un método más eficiente para reducir el riesgo.
3. Prevención terciaria o indicada que busca reducir el daño de la enfermedad en quienes la padecen, mediante intervenciones indicadas que se realizan mejor cuando se dirigen a aquellas personas que presentan síntomas tempranos de intensos factores de riesgo.

Al hablar de la presencia de la conducta suicida resulta indispensable hablar del desarrollo de la prevención de estas a lo largo del tiempo.

Ahora bien en la prevención resulta necesario mencionar el termino de proceso de desarrollo, el cual esta intrínsecamente ligado con las estrategias de prevención, puesto que los cambios podrán no ser observados de manera inmediata, y requerirán de evaluaciones a lo largo del tiempo.

Todo proceso preventivo deberá ser entendido como una prueba de alguna teoría del desarrollo, sin embargo es muy frecuente que no describan las investigaciones ni las teorías del desarrollo. Sin embargo ni la teoría ni el diseño longitudinal de la intervención son probados como instancias que regulen. Por ello los análisis de las

intervenciones preventivas deben ser capaces de modelar y probar la variación de la intervención y el efecto que tienen en el individuo. Además para cada tipo de intervención existen diferentes criterios para determinar la eficacia y la efectividad de la intervención.

Como principio general entre más concentrado este el riesgo, mas intensiva deberá ser la intervención y más cuidadosa y especifica deberá de ser la selección (Tolman, 1950).

Ahora bien ya definas las etapas de la prevención resulta necesario mencionar que en la historia del suicidio distingue tres etapas.

La primera que tiene sus orígenes en el año de 1956 y corresponde al periodo de fundación de los principales organismos que empezaron a preocuparse activamente por este problema. La segunda establece ya una ordenada tendencia especialmente al estudio y la investigación de las enfermedades depresivas donde se extiende el movimiento de prevención del suicidio con personalidades como Shneiderman y Frarberow , en esta época es donde Shneiderman publica su tratado con el título de Suicidiología quedando establecida esta como una disciplina encargada de todos los temas cercanos y relacionados con el suicidio. La tercera etapa surge a partir de 1960 y coincide con el proceso expansivo de centros asistenciales y organizacionales dedicados al tratamiento de esta problemática

En base a lo anteriormente señalado, es necesario retomar que los modelos de salud pública que se han aplicado a la prevención han sufrido cambios al paso del tiempo. Singh y Jenkins hacen una descripción al respecto:

El primero corresponde al Modelo tradicional de salud, Este incluye conceptos como huésped-agente-ambiente y los niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria. Se aplican principalmente a la causa y transmisión de la enfermedad no de la conducta. Para poder utilizarlo deben identificarse primeramente los signos y síntomas, estadísticas de incidencia y prevalencia en poblaciones especialmente definidas, factores etiológicos asociados a la expresión de la conducta, modos de transmisión, historia natural de la enfermedad y posibles puntos de interrupción.

El segundo corresponde al Modelo operacional, siendo que su foco de intervención no está basado en las causas o etiología, este define las intervenciones preventivas utilizando nomenclatura operacional entre las cuales encontramos las intervenciones preventivas universales, que se dirigen a toda la totalidad de la población, donde la promoción de la salud y los métodos de protección son esencialmente para todos.

Siendo así, las intervenciones selectivas, están dirigidas a individuos que presentan mayor riesgo de enfermedad o de trastornos en la población general.

El tercero corresponde al Modelo de las condiciones antecedentes; el cual dirige sus intervenciones a las condiciones muchas veces distantes del modelo actual que predisponen a los individuos a ser vulnerables al suicidio, se enfoca en los mecanismos y procesos que se dirigen a la expresión del suicidio y no en el suicidio mismo.

Por último el Modelo de control de la lesión, el cual no es otra cosa que una extensión del modelo clásico o tradicional de la enfermedad. Este determina 10 estrategias para impedir el acceso a la posibilidad de que el individuo se lesione y pueda completar el acto suicida, dado que considera que el suicidio es el resultado directo de no haber impedido una lesión.

En base a estos modelos de prevención de salud y el incremento en los censos sobre el suicidio, se manifiesta la imperiosa necesidad de crear planes de prevención y algunos de los más destacados o eficientes son el que propone la OMS.

La organización mundial de la salud ha identificado al suicidio como un área importante que va en aumento y que propone diversas líneas de trabajo entre las que destacan:

1. Reconocer el programa como una prioridad en salud pública.
2. Desarrollar programas preventivos nacionales en donde sea posible la interconexión con otras políticas de salud pública.

3. Establecer comités nacionales coordinados

La OMS Propone cinco elementos clave que orientan una estrategia nacional de prevención de suicidio:

1. Una clara política gubernamental.
2. Un modelo coherente sobre la conducta suicida y su prevención.
3. Metas generales.
4. Objetivos medibles.
5. Monitoreo y evaluación.

Las naciones que tienen programas de prevención de suicidio que comprenden estrategias extensivas y que tienen experiencia en su implementación son Finlandia, Nueva Zelanda, Noruega, Australia y Suiza. Singh y Jenkins (2000) señalan que Finlandia ha recibido un reconocimiento oficial de las Naciones Unidas. El modelo finlandés de prevención de suicidio, inicio con un proyecto de investigación que examinó todos los suicidios que han ocurrido en Finlandia desde 1986. Estableciendo entonces algunos principios para la prevención del mismo. Se basaron en el descubrimiento de que las tendencias del suicidio eran resultado de cargas acumuladas a lo largo de vida. El proyecto encontró que los problemas de la vida se acumulaban hasta que finalmente eran visto como infranqueables; sin embargo al final cuando el suicidio sucedía raramente era previsto por los demás. En retrospectiva los factores pueden ser entendidos como antecedentes y como precipitantes.



Finalmente, este país proponen un amplio rango de actividades las cuales se dirigen al desarrollo de los propios recursos en diferentes fases de la vida, todo ello con el objetivo de:

1. Prevenir la ocurrencia del suicidio
2. Prevenir los problemas desde su surgimiento antes de que se conviertan en infranqueables
3. Prevenir las circunstancias que conducen a los problemas.
4. Enseñar a los individuos a manejar sus propias vidas proveyéndoles de alternativas y de apoyo cuando lo necesiten.

Encontraron que la mayoría de la gente se siente incapaz de hacer algo al respecto a la prevención del suicidio. Para disminuir el riesgo de suicidio recomiendan trabajar en los siguientes temas clave:

- Brindar ayuda inmediata a toda persona que intente suicidarse
- Reconocer y atender de manera apropiada y efectiva a las personas con depresión.
- Reducir el uso del alcohol como una solución universal a los problemas.
- Fortalecer el apoyo médico y social para las enfermedades psicosomáticas.
- Brindar el apoyo apropiado por parte de familiares y amigos a las personas que presenten crisis en algunas de las etapas de la vida.
- Disminuir la alienación de la gente joven.

- Transformar los requerimientos culturales incluyendo el sistema educativo para convertirlos en menos punitivos y menos generadores de culpa y de estigmatización.

Por ejemplo el programa finlandés contiene estrategias y metas a nivel nacional y también propone comités estatales y locales que puedan considerar los aspectos propios de cada región o localidad, lo cual favorece la participación de cada comunidad en el plan nacional. Así mismo establecer estrategias específicas para sus grupos de mayor riesgo de intento suicida: los adolescentes y los ancianos.

- Ψ Necesidad de investigar las circunstancias de vida de cada persona que intente el suicidio para investigar profundamente e identificar el tratamiento apropiado. Se incluye en esta recomendación los principios educacionales para quienes trabajan con estos pacientes, así como los principios para restringir el acceso a los métodos potencialmente tóxicos de suicidio como las armas y los medicamentos.
- Ψ Importancia de que los profesionales de la salud mental se den cuenta de la interacción entre el abuso de sustancias tóxicas y el contexto de vida lleno de problemas. La recomendación específica es estar atentos a la crisis que ellos estén experimentando y estar alertas al incremento del riesgo de suicidio; deben de ser capaces de reconocer las preocupaciones que llevan a las personal a una crisis y orientarlas a un adecuado apoyo y tratamiento.

- Ψ El personal de salud tomara en cuenta el sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad mental, quienes tienen mayor riesgo de suicidio que otros y en quienes las posibilidades de suicidio debe considerarse siempre como una línea de tratamiento, por lo que la evaluación del riesgo de suicidio deberá de estar siempre presente.
- Ψ Enfocar la atención en que las personas crónicamente enfermas y discapacitadas son factores pre disponentes para la depresión, por lo que el personal que y trabaja con estos pacientes necesita entender que una enfermedad física seria, implica una crisis que necesita una evaluación cuidadosa de las circunstancias de la vida de la persona y de las habilidades para manejarla.
- Ψ Las personas en crisis, independientemente de si presentan o no ideación suicida, necesitan de ser evaluadas y manejadas adecuadamente tomando en cuenta la posibilidad permanente de evaluar el riesgo suicida.
- Ψ Se recomienda proponer un rango de actividades que minimicen el aislamiento y que además impulsen el mejoramiento de las viviendas, esto debido a que muchas víctimas de suicidio provienen de antecedentes de pobreza o marginación social por lo que las circunstancias desfavorables han limitado sus habilidades de enfrentamiento y cuando ocurren posteriores factores precipitantes, ellos son los más vulnerables.

La prevención del suicidio no solo requiere la participación del sector salud, sino de múltiples sectores que en su conjunto podrán tener mayor impacto en esta

materia logrando propuestas innovadoras e integrales, tales como los sectores educativo, político, laboral, legislativo, religioso y el de medios de comunicación.

Al analizar la respuesta de los diferentes países entre la problemática del suicidio y la necesidad de su prevención. Singh y Jenkins (2000) identifican que algunos países aunque no cuentan con programas de prevención extensivos si han desarrollado algunas estrategias de intervención específicas, como es el caso de Holanda, Inglaterra, Estados Unidos, Francia y Estonia los cuales comparten los siguientes temas:

1. Educación pública.
2. Programas escolares de prevención.
3. Detección y tratamiento de la depresión, así como de los desordenes mentales.
4. Atención a las personas que abusan tanto del alcohol como de las drogas.
5. Atención a quienes sufren de enfermedades somáticas.
6. Acceso a servicios de salud mental.
7. Mejorar el asesoramiento a personas con intento suicida.
8. Intervención en crisis.
9. Disminución del desempleo.
10. Mejorar el entrenamiento.
11. Reducir el acceso a métodos letales.

Por otro lado en una revisión sobre programas de prevención de suicidio Fernández-Ríos y Codesito (1997) describen los aspectos que se han enfatizado en la mayoría de los programas:

- A. Facilitar información acerca del suicidio
- B. Que los compañeros tengan en cuenta los signos de advertencia de suicidio, por ejemplo, cambios en el ritmo del sueño, modificación en los hábitos de comer, deteriora de la apariencia personal, tristeza, disminución de la ejecución personal, soledad persistente, preocupación por la muerte, sugerencias o deseos de morir, suicidio reciente de un amigo, familiar, problemas con la ley, intentos de suicidios previos, baja autoestima, repartir las posiciones personales entre los amigos etc.
- C. Realzar la conciencia acerca del problema del suicidio.
- D. Dar información y consejo conductual acerca de cómo poder ayudar a los adolescentes que tienen ideas suicidas.
- E. Animar y fomentar en las personas con ideas suicidas la utilidad de buscar ayuda adecuada y rápida.
- F. Hacer que los adolescentes sean conscientes de que el suicidio no es una solución a los problemas.
- G. Además de la predisposición individual. También se debe de tener en cuenta el medio social que puede favorecer o facilitar las conductas suicidas.

Por lo tanto la prevención del suicidio en México ha pasado desapercibida durante muchos años, a tal grado que no se incluye este rubro en los programas nacionales de salud de 2007 - 2012<sup>1</sup>, a pesar de aumento acelerado que ha alcanzado una de las tasas más altas de crecimiento a nivel mundial en el periodo comprendido entre 1998 y 2004 en el cual se indica un crecimiento anual del 5%, siendo este incremento particularmente agudo en mujeres de 11 a 20 años. Esta información tiene un comparativo con sus antecesores encontrando un incremento de suicidios en la población y asociando esta con conductas depresivas y uso de fármacos. Estos datos generan un planteamiento a través del cual se trata de abordar los trastornos depresivos que implica la prevención de forma indirecta del suicidio y de aquellas conductas que se vinculen con esta conducta (programa nacional de salud 2007- 2012; programa de acción de salud mental) a partir de ellos, algunos gobiernos estatales<sup>2</sup> en los últimos tres años han desarrollado o implementado sus propios programas de prevención en los tres niveles de acción, primaria, secundaria y terciaria

De acuerdo a las estadísticas de INEGI, La depresión afecta a aproximadamente 340 millones de personas en el mundo y es una de las enfermedades más discapacitantes; es considerada un problema de salud mental prioritario en México, dado que, por si misma, representa el 35% del total de los trastornos mentales del país, seguida por el alcoholismo con el 11.3%, es decir, está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención

---

<sup>1</sup> Programa nacional de salud. <http://alianza.salud.gob.mx> , 16 de diciembre de 2008.

<sup>2</sup> Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán

primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. Se estima una prevalencia de entre 12 y 20% en la población adulta de 18 a 65 años; más de diez millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas. En cuanto al número de episodios depresivos más del 55% de los pacientes han presentado dos a más episodios depresivos lo que hace que se considere como un trastorno crónico. Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio existiendo hasta el 60% de vinculación entre este y la depresión (programa nacional de salud).

Aun y cuando se hace mención del suicidio al analizar la problemática de la depresión y sus estrategias de prevención dentro del plan nacional de salud 2007-2012, no se ha encontrado un desarrollo de forma explícita dentro de este plan dado que la prevención del suicidio aun no se ha abordado a nivel nacional. Probablemente esto se explique por qué el suicidio en si no es considerado una enfermedad. Se ha descartado el hecho de que sea una patología en sí misma, dado que se ha encontrado tanto en personas sanas como en algunas personas que presentan algún tipo de problema de salud mental, (generalmente trastornos del estado de ánimo) y consumo de alcohol y/o drogas. Debido a que el suicidio con frecuencia se asocia al consumo de alcohol y drogas y a la presencia de trastornos del estado de ánimo, este ha sido únicamente trabajado bajo estos rubros y no de manera específica cómo es requerido hoy día dado que se ha considerado como una forma de coadyuvante que evita el desarrollo de la génesis de esta problemática. Hecho que por un lado puede tener cierta lógica, pero por el

otro oculta la relevancia de la prioridad del trabajo específico en la prevención del suicidio.

De los 22 programas que propone el seguro social surgen los siguientes cuestionamientos: ¿De qué manera los ciudadanos tienen contacto con las estrategias del plan nacional de salud?, ¿Se quedan en el papel o funcionan adecuadamente? y ¿Cuál ha sido la participación de los diferentes estados de la República.

Ante esta incapacidad los programa de prevención del suicidio no cumplen con su objetivo dado que ha ido en aumento según los reportes que proporciona el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática nos dan a conocer el número de suicidios por año, por entidad federativa tomando en cuenta las condiciones como son el sexo, edad, escolaridad, y el modo de suicidio.

Siendo así, México tiene muchas carencias con respecto de a los servicios de salud, así como en la calidad de la atención tanto técnica como interpersonal; acentuándose además los problemas económicos que en la mayor parte la población son severos. Aun a pesar de que las condiciones económicas sean un factor que detona dichas conductas hoy día no se cuenta con los datos que asocien el suicidio con la pobreza. Aun a pesar de que las condiciones no tengan un antecedente con el que se vincule la conducta suicida dado que es un fenómeno que se ha observado a partir de año 2003 en donde los jóvenes que no



lograron tener una alternativa educativa consideraron al suicidio como única alternativa.

Quizá un factor que tiene movilidad de forma positiva en México y que no se ha perdido en su totalidad sean lazos familiares estrechos que permiten que gran parte de la población se sienta ubicada dentro de un grupo con un sentido de pertenencia. Díaz Guerrero diría: que la estructura yoica del mexicano es familiar, más que individual donde se da importancia a los valores de unión y apoyo. Generalmente, a excepción de la ciudad de México, la cual es una de las ciudades más pobladas del mundo, existe trato amable con vecinos y amigos; se tiende a organizar reuniones en casa y en trabajo, a dar importancia al festejo y la deserción, así como a acompañar a los familiares y amigos tanto en momentos de éxito como de desgracia.

México, Latinoamérica y la zona mediterránea e Europa (a excepción de Francia) comparten bajos índices de suicidio. Comparten también la expresión abierta de emociones y tendencias familiares más que individuales. Sin embargo como se ha mencionado anteriormente las tasas de suicidio y las de intento suicida tanto en la Ciudad de México como en algunas otras ciudades de provincia, han estado en aumento. Tal vez una situación los individuos dentro de las grandes ciudades como la de México son largas jornadas de transporte al trabajo en sí, frecuentes robos, un nivel de estrés cotidiano alto. La necesidad de que ambos padres trabajen, que trae como consecuencia, hijos que se encuentran solos, sin

supervisión y apoyo para estos. Otro resulta ser la inseguridad social con los frecuentes robos, vandalismo competencia desleal, traen como consecuencias personal desconfiadas y reservadas que van aislándose socialmente. De igual manera el escaso tiempo disponible y las distancias generan alejamiento de los lazos familiares y sociales.

El índice de suicidio no es el real ya que cuando llegan pacientes con intento suicida, no anotan este hecho voluntario de daño hacia uno mismo como la causa de la internación, más bien señalan algún factor externo como el envenenamiento involuntario, o accidentes. Esto se explica por dos razones: la primera implicaría el deseo de evitar una etiqueta o un señalamiento social del intento suicida, así que de alguna manera piensa que se ayuda al individuo o a la familia a no cargar con esa etiqueta social. Por otra, se evitan trámites legales, que en nuestro país implican avisar a las autoridades competentes de este tipo de hechos, situación que les quita el tiempo y agrega estrés, a su ya complica rutina laboral.

Ahora bien para una prevención articulada, congruente e integral del suicidio es necesario ubicar a este como un importante problema de salud que requiere para su solución de la participación conjunta de instituciones de salud y de educación tanto públicas como privadas, también requiere de la transformación y/o focalización de las políticas de salud y de desarrollo social de manera que pueda ser posible mejorar las condiciones de la sociedad, de las familias y de los individuos en particular.

El apoyar una dinámica familiar armónica, el promover habilidades de comunicar hacia el interior de la familia y también fuera de ella, el capacitar a los individuos en su forma de enfrentar los problemas son algunos de las intervenciones preventivas que deberían realizarse, no solo en México, sino en la mayoría de los países del mundo donde se desarrollan esfuerzos por la prevención de los problemas de salud, sin embargo se carece de una metodología sistemática y confiable que garantice la evaluación de la efectividad de las intervenciones por lo que esas pudieran implicar enormes esfuerzos de inversión humana y económica en los que no es posible identificar el beneficio real de los mismos. Por lo que resulta conveniente acompañar toda intervención preventiva de un sistema de evaluación que garantice la efectividad de la misma.

En México con la ley general de salud, establece la promoción de la salud mental, a través la secretaria de salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes que fomenten y apoyen a los individuos en:

1. El desarrollo de actividades educativas socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud
2. La promoción de la salud mental

3. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias inhalables y otras sustancias que pueden causar alteraciones o dependencia.
4. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fenómeno de la salud mental de la población

Estableciendo con este lineamiento el programa de prevención de suicidio del estado de tabasco el cual es considerado como un ejemplo de intervención exitosa a nivel nacional. Su efectividad se ha basado en el entrenamiento del personal de salud en la detección de sintomatología y en una red de canalizaciones adecuadas tanto a consulta externa como hospitalización. Dentro del programa de gobierno del estado ([www.tabasco.gob](http://www.tabasco.gob)), en el rubro de salud psicosocial se describen los objetivos que se enfocan en contribuir en la disminución de muertes por suicidio en el estado de tabasco a través de acciones de vigilancia epistemológicas, prevención, detección oportuna y atención especializada.

Sus objetivos específicos son los siguientes: implementar un plan de medios de prevención de muertes por suicidio dirigido a la población en general; establecer actividades de detección de casos de intento de suicidio en todas las unidades de salud; establecer acciones de atención médica, psiquiátrica y psicológica de los pacientes con intento de suicidio; implementar mecanismos de coordinación entre los niveles de atención para el surgimiento de los pacientes identificados con riesgo y los atendidos por intento suicida.

Entre las estrategias preventivas plantean las siguientes:

1. Información a la población en general: capacitación, pláticas formales e informales, conferencias, talleres y grupos de autoayuda.
2. Difusión de campaña publicitaria: material impreso, comerciales radiofónicos y televisivos, calcomanías y pinta de bardas.

Dentro de sus estrategias de detección se encuentra: identificar los casos de intentos de suicidios, ideación suicida y las muertes por suicidio a través de servicios de urgencias, consulta externa, llamadas telefónicas y notificación al personal de salud.

Su plan de acción en el área de atención se distribuye a través de módulos de acción psicosocial, en donde se aplican criterios específicos de atención para los casos de riesgo suicida, así como el dar acceso a la población en riesgo de suicidio para atención y orientación a través de la línea 066. Esto lo logran canalizando obligatoriamente a los servicios de salud mental, así como la atención psiquiátrica cuando se encuentra ideación o intento suicida, además de otras estrategias. La vigilancia epistemológica se da a partir de la creación y ejecución de un sistema único de registro y análisis de muertes por suicidio, para el cual se requiere notificación inmediata, registro estatal, intervención en caso de suicidio, intervención en caso de intento de suicidio, bloqueo pos morten, alerta epistemológica y mediante el comité estatal de análisis de la mortalidad por

suicidios, considerándose a este como uno de los estados que ha enfocado su esfuerzo y a generado de forma paulatina en otros estados de la República un creciente interés por sistematizar sus programas de prevención. Entre ellos cabe mencionar a Baja California sur, Guanajuato Colima y Durango.

Con la intención de recuperar y compartir la experiencia de los diferentes estados en materia de prevención de suicidio, el 18 de marzo de 2006 se realizó el primer congreso nacional de prevención del suicidio organizado por la Universidad de Guanajuato, México.

Este marca el proceso de crecimiento y cambio para generar estrategias precisas en la prevención efectiva esto permite definir la importancia de trabajar la concientización de la gravedad de la problemática actual en torno al suicidio e intento suicida, y a partir de ella elaborar planes y programas de intervención preventiva que pueden promover la salud integral de los miembros de la sociedad actual. Así mismo existe el reto de desarrollar sistemas de evaluación del impacto de las intervenciones pues solo a partir del análisis de los procesos dialecticos entre reflexión- acción podrán hacerse los ajustes de la intervención adecuada.

Dado que en nuestra sociedad la necesidad de prevenir hoy día el índice de caso de suicidio en los adolescentes se ha convertido en uno de los problemas sociales con mayor incidencia, en esta investigación documental propone el siguiente

programa alternativo de prevención basado en los distintos modelos que se han aplicado.

A continuación se presentara de forma breve el programa de prevención se propone como una alternativa y en donde se trabajaran los tres niveles de prevención.:

Prevención primaria:

- a) Proporcionar la información de las características que se presentan en la conducta suicida en los adolescente de 15 a 18 años.

- 1.- Esta información se proporcionara a través de talleres para los padres de familia dentro de los distintos centros de educación secundaria y media superior.

- 2.- Se proporcionara a los docentes un curso que permita identificar en los alumnos las características de una conducta suicida, con la finalidad de ser canalizado de forma efectiva y eficaz según sea el caso a cada adolescente.

- 3.- Proporcionar a los adolescentes la información pertinente que genere en ellos una actitud consciente y responsable hacia la identificación de conductas suicidas entre su congéneres.

4.- se propondrá el manejo de la logoterapia en su fase inicial el cual consiste en proporcionar u generar en el adolescente una actitud consiente y responsable del sentido de vida y las consecuencias de esta.

b) Diagnosticar y evaluar a los adolescentes que han sido canalizados por las instituciones educativas. Con la finalidad de cubrir las siguientes área:

- Ψ Prevenir las circunstancias que generan en el adolescente esa conducta problema.
- Ψ Identificar las condiciones de vida que rodean al adolescente y que son las generadoras, para poder prevenir posibles consecuencias a futuro.
- Ψ Identificar las conductas problemas que estas asociadas al suicidio y proporcionar el apoyo médico y social a estas personas.
- Ψ Brindar al adolescente de forma oportuna la ayuda necesaria que le permita manejar su propia vida proporcionándole alternativas y creando un centro de apoyo continuo.
- Ψ Brindar el apoyo necesario a los familiares o amigos con la finalidad de que estos manejen de forma adecuada los momentos de crisis que se presenta en el suicida.



c) Fomentar en el adolescente la búsqueda de ayuda profesional para la solución a sus problemas.

❖ A través de los profesionales de la salud que se encuentran dentro de las instituciones educativas, esto será por medio de:

1.- La promoción de salud mental

2.- El desarrollo de actividades recreativas que contribuyan a la salud mental.

3.- La realización de programas preventivos para el uso de sustancias que causen alteración o dependencia en la conducta.

	OBJETIVO	POBLACIÓN	AREA	ACTIVIDADES	MATERIAL QUE SE REQUIERE	NÚMERO DE SECCIONES	OBSERVACIONES
1	Proporcionar a la población las características y causas de la conducta suicida	Padres de familia	Informativa	Se iniciara con un taller sobre la identificación de lo procesos socioafectivos y las consecuencias que conllevan al sentido de vida que se genera en este.	Presentación de dispositivas con lo referente al tema, trípticos informativos y bibliografía	5 secciones aprox de 45 min.	
		Docentes	Informativa	Se dara un taller con la finalidad de que identifiquen los procesos socioafactivos y las características que presente un adolescente con conductas suicidas	Presentación de diapositas, trípticos infortivos y bibliografía de interes.	5 secciones aprox de 1 hora	
		Adolescentes	Informativa	Se dara un taller con la finalidad de generar un actitud conciente y responsable hacia sus pares y las situaciones que producen en estos la conducta suicidada	Presentación, lecturas informativas del temas, tecnicas de orientación, numeros de apoyo.	Secciones de acuerdo a las necesidades de la población de 30 min divididas en los diferentes temas a tratar.	
2	Que los profesionales de la salud realicen de forma consista y continua el diagnostico y evaluación de los adolescentes para prevenir la produccion de conductas suicidas.	Psicologos, pedagogos, orientadores, trabajadores sociales, medicos escolares.	Diagnostico, evaluación y prevención	Capacitar al personal a través de un taller de prevención del suicidio en donde se establezcan las condiciones o causas que generan esta conducta 2-Proporcionar a los especialistas de la salud en el manejo uso y evaluación de instrumentos de valuación 3.-Capacitar a los profesionales de salud en el seguimiento de las condiciones de vida que rodean al adolescente con la finalidad de prevenir en este consecuencias a futuro en la vida del suicida y en la prevención de generar conductas suicidas en los integrantes de la familia. 4.- Proporcionar a los profesionales de la salud la información y manejo de las conductas que están asociadas con la producción de la conducta suicida. 5.- Porque los profesionales de la salud generen un modelo o centro de apoyo continuo al adolescente para propiciar con ello la disminución del índice de conductas suicidas en la población.	Presentación con diapositivas de los diferentes temas, lecturas informativas.	Responder a las necesidades de cada institución	
		Padres de familia y pares	Prevención	Proporcionar dentro de la institución educativa o del centro de apoyo generado por los profesionales de la salud un apoyo continuo a los familiares o pares de los suicidas con la finalidad de capacitarlos en el manejo adecuado y oportuno durante las crisis que presente el suicida.	Presentación con diapositivas de los diferentes temas, lecturas informativas, numeros de emergencia y ayuda	Responder a las necesidades de cada institución	
3	Tiene la finalidad de fomentar y crear en el adolescente una actitud critica y responsable hacia sus conductas que le permitan construir en el un sentido de vida que le proporcione las conciones optimas en su desarrollo socio efectivo	Adolescentes	Fomento a la salud mental	A través de las instancias educativas se promovera la salud mental a través del la continua información que se proporcionara al dolescente por medio de pláticas y talleres didácticos. 2.- Dentro de las instituciones se desarrollara un programa de actividades socioculturales y recreativas que contribuyan al sano desarrollo mental del adolescente 3.- Los adolescente crearan un medio a través del cual contribuyan de manera directa o indirecta de esta problemática social dentro y fuera de la población estudiantil 4.- Los alumnos generaran un alternativa de un programa de prevención sobre el uso de sustancias que provoquen alguna alteración del comportamiento o que se asocia a la conducta suicida 5.- Los profesionales de la salud tendran que monitorear el desarrollo de las dos ultimas actividades con la finalidad de identificar a través de estas el manejo la prevencion y el impacto que generan en el adolescente.	Mantenial bibliografico, espacio necesario, orientación constante	Deacuerdo a las necesidades y en los periodos establecidos por cada institución.	

NOTA: el programa completamente desarrollo se encuentra en el anexo 1





# CONCLUSIONES

## Conclusiones.

---

Quien tiene un porque para vivir, encontrara casi siempre un como"  
Nietzsche

En esta tesis se habla de la importancia de la prevención del suicidio dado el incremento que se presenta en las estadísticas presentes y en los principales programas efectuados a nivel mundial para combatir el aumento de suicidio en adolescentes, mas por la carente atención a este tema y la poca efectividad que se presenta en los programas existentes, en que fundamente mi tema de tesis en proponer un programa alternativo a, los existente esperando que al abarcar diferentes temas se cubran necesidades que antes no fueron prioritarios por lo que surgió la necesidad de tratarlo.

La psicología preventiva constituye un campo de investigación y acción interdisciplinario que desde una perspectiva proactiva ecológica y ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto socio material real o concreto, trata de usar los principios teóricos que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y de la calidad de vida en el ámbito comunitario tanto a corto como largo plazo.

En lo relacionado con los datos epistemológicos de México se ha observado que el suicidio va en un aumento acelerado del 5% anual este se hace más evidente entre las mujeres de 11 a 20 años, y que aunque la cifra sea reveladora no se cuanta con los programas efectivos para disminuir este incremento.

## Conclusiones.

---

En el ámbito de la prevención, la educación tiene que ser el componente clave y siendo que la escuela es una de las principales instituciones para promover el desarrollo cognitivo y emocional de los niños se propone primera mente que el profesorado tenga conocimiento del tema así como la habilidad de reconocer signos y síntomas de los factores de riesgo así como talleres y platicas programadas para los adolescentes de todo el instituto educativo

.Por lo que para concluir exitosamente este trabajo se exponen las recomendaciones para la continuación de este proyecto de prevención a partir de los datos teóricos siendo los métodos recomendados por este trabajo la educación sobre el tema a tratar que contenga los siguientes rublos:

- Suicidio en jóvenes
- Factores de riesgo
- Signos de alerta
- Como se puede ayudar a una joven en esta situación
- Que son las líneas de ayuda, grupos de apoyo, centros especializados

Para cumplir con esta se requerirá primeramente que se detecte a los individuos en riesgo para luego llevar a cabo medidas que puedan ayudarle a salir adelante, como parte del programa de prevención también se busca tener un fundamento ideológico que permita dar a los participantes de este una visión clara acerca de las soluciones, en el caso del suicidio, la ausencia de del imprescindible sentido de

## Conclusiones.

---

vida es lo que lleva a tomar esta decisión, por lo que es de suma importancia que tanto los que buscan ayuda, como los que necesitan esta ayuda comprendan el especial énfasis que debe hacerse para conseguir una motivación para seguir viviendo ya que esto es lo único que puede asegurar que una persona pueda vencer por completo y a largo plazo los sentimientos de desesperanza que desembocan en se autoeliminación.

Por lo que también se le informara al adolescente acerca de los siguientes rublos

- Falta de metas
- Autoestima deficiente
- Sentimiento constante de desesperanza falta de apoyo
- Vacío existencial
- Búsqueda del sentido de vida

Esta información tiene como objetivo ser una fuente accesible de respuestas, que implique que el joven aumente su resistencia a aquellas situaciones o factores que promuevan el suicidio y si solo contribuyera a que se amplíe su perspectiva acerca de su propia existencia se lograría ya un primer paso muy importante en los que presentan riesgo y en los demás previniendo así futuras situaciones de riesgo promoviendo que ellos mismos sean capaces de motivarse, ya que sola la visión o propósito de futuro se convierte en el mejor precursor del éxito de las personas

## Conclusiones.

---

Por ultimo se recomienda que este proyecto se impartido a grupos de pares debido a que con respecto a la naturaleza de las relaciones se reconoce que todos tenemos la necesidad de aceptación de nuestros iguales y evitar sentirnos rechazados, esta necesidad se vuelva más intensa en la adolescencia por lo que los adolescentes pasan más tiempo con sus iguales que con cualquier otra persona, por lo que pertenecer o estar en un grupo tiene aspectos positivos si se cuenta con la información oportuna y se satisface de igual manera la necesidad de pertenecer a un grupo que genere como resultado una serie de valores positivos como son el autocontrol, asumir responsabilidades comunes, sentirse amado y amar a otros, no ser egoísta, recibir apoyo en los momentos críticos. Los grupos influyen mucho sobre todo en el aprendizaje intelectual y el emocional, en este aspecto es importante recalcar que un sentimiento de bienestar y camaradería beneficiara significativamente la atención y la retención de la información.

Este es un proyecto teórico, pero de este se puede desencadenar el diseño y construcción de instrumentos de tamizaje para la detección temprana y oportuna de adolescentes en riesgo suicida con el objetivo de tener un trato mas especializada.



## ANEXO 1

	OBJETIVO	POBLACIÓN	AREA	ACTIVIDADES	MATERIAL QUE SE REQUIERE	NÚMERO DE SECCIONES	OBSERVACIONES
		Padres de familia	informativa	Se iniciara con un taller sobre la identificación de lo procesos socioafectivos y las consecuencias que conllevan al sentido de vida que se genera en este.	Presentación de dispositivas con lo referente al tema, tripticos informativos y bibliografía.	5 secciones aprox de 45 min.	
1	Proporcionar a la población las características y causas de la conducda suicida	Docentes	informativa	Se dara un taller con la finalidad de que identifiquen los procesos socioafectivos y las características que presente un adolescente con conductas suicidas	Presentación de diapositas, tripticos infortivos y bibliografía de interes.	5 secciones aprox de 1 hora	
		Adolescentes	informativa	Se dara un taller con la finalidad de generar un actitud conciente y responsable hacia sus pares y las situaciones que producen en estos la conducta suicidada	Presentación, lecturas informtivas del temas, tecnicas de orientación, numeros de apoyo.	Secciones de acuerdo a las necesidades de la población de 30 min dividas en los diferentes temas a tratar.	

## ANEXO 1

<b>2</b>	Que los profesionales de la salud realicen de forma consistente y continua el diagnóstico y evaluación de las adolescentes para prevenir la producción de conductas suicidas	Psicólogos, pedagogos, orientadores, trabajadores sociales, médicos escolares.	Diagnóstico, evaluación y prevención	Capacitar al personal a través de un taller de prevención del suicidio en donde se establezcan las condiciones o causas que generan esta conducta. 2.- Proporcionar a los especialistas de la salud en el manejo y evaluación de instrumentos de valoración. 3.- Capacitar a los profesionales de salud en el seguimiento de las condiciones de vida que rodean al adolescente con la finalidad de prevenir en este consecuencias a futuro en la vida del suicida y en la prevención de generar conductas suicidas en los integrantes de la familia. 4.- Proporcionar a los profesionales de la salud la información y manejo de las conductas que están asociadas con la producción de la conducta suicida. 5.- Porque los profesionales de la salud generen un modelo o centro de apoyo continuo al adolescente para propiciar con ello la disminución del índice de conductas suicidas en la población.	Presentación con diapositivas de los diferentes temas, lecturas informativas.	Responder a las necesidades de cada institución	
		Padres de familia y pares	Prevención	Proporcionar dentro de la institución educativa o del centro de apoyo generado por los profesionales de la salud un apoyo continuo a los familiares o pares de los suicidas con la finalidad de capacitarlos en el manejo adecuado y oportuno durante las crisis que presente el suicida.	Presentación con diapositivas de los diferentes temas, lecturas informativas, números de emergencia y ayuda.	Responder a las necesidades de cada institución	
<b>3</b>	Tiene la finalidad de fomentar y crear en el adolescente una actitud crítica y responsable hacia sus conductas que le permitan construir en él un sentido de vida que le proporcione las condiciones óptimas en su desarrollo socio-efectivo.	Adolescentes	Fomento a la salud mental	A través de las instancias educativas se promoverá la salud mental a través de la continua información que se proporcionará al adolescente por medio de pláticas y talleres didácticos. 2.- Dentro de las instituciones se desarrollará un programa de actividades socioculturales y recreativas que contribuyan al sano desarrollo mental del adolescente. 3.- Los adolescentes crearán un medio a través del cual contribuyan de manera directa o indirecta de esta problemática social dentro y fuera de la población estudiantil. 4.- Los alumnos generarán una alternativa de un programa de prevención sobre el uso de sustancias que provoquen alguna alteración del comportamiento o que se asocie a la conducta suicida. 5.- Los profesionales de la salud tendrán que monitorear el desarrollo de las dos últimas actividades con la finalidad de identificar a través de estas el manejo, la prevención y el impacto que generen en el adolescente.	Material bibliográfico, espacio necesario, orientación constante.	De acuerdo a las necesidades y en los periodos establecidos por cada institución.	

## BIBLIOGRAFIA

---

- ✓ Abadi, M. (1973) La fascinación de la muerte. Panorama dinamismo y prevención. Mexico., Ed. Páidos
- ✓ Aberastury A. y Knobel M. (1997) La adolescencia normal. Mexico., Ed. Páidos.
- ✓ Bianchi, A. (1986). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires., Ed. Troquel
- ✓ Burdin, L. (2001) Decir la muerte. Palabras para vivirla. Barcelona., Ed. Claret.
- ✓ Cameron, N. (1982) Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinamico. Mexico., Ed. Trillas.
- ✓ Craig, G. (1994) Desarrollo Psicologico. Mexico., Ed. Pretince – Hall.
- ✓ Davidson, S. (1992) Agonia, muerte y duelo. Mexico., Ed. Manual Moderno.
- ✓ Durkheim, E. (1951) El suicidio. Mexico:., Universidad Nacional Autonoma de Mexico.
- ✓ Erikson, E. Sociedad y Adolescencia. Mexico., Ed. Siglo XXI, 10° Edición.
- ✓ Farberow, N. (1994) ¡Necesito ayuda! Estudio sobre el suicidio y su prevención. Mexico., Ed. Fouenier
- ✓ Fernandez, E. (2001) Psicopedagogia de la adolescencia. Mexico., Ed. Narcea.
- ✓ Fernandez, O. (1997) Abordaje teorico y clinico del adolescente. Mexico., Ed. Nueva Era.
- ✓ Freud, A. (1975) Normalidad y patologia en la niñez. Buenos Aires., Ed. Páidos.
- ✓ Gonzalez- Forteza y Andrade, P. (1995) Al borde de la muerte:

## BIBLIOGRAFIA

---

problemática México., Ed. Salud Mental.

- ✓ Gonzalez- Forteza y Andrade, P. (1995) Aspectos psicosociales del suicidio en los adolescentes mexicanos. Psicología , Madrid.
- ✓ Grinder, E. (1982) Adolescencia. México., Ed. Limusa.
- ✓ Horrocks, J. (1990) Psicología de la adolescencia. México., Ed. Trillas.
- ✓ Hurlock, E. (1994) Psicología de la adolescencia. México., Ed. Páidos.
- ✓ Jimenez, J. (1995) Suicidio e intento suicida.
- ✓ Lukas, E. Logoterapia (2003). Equilibrio y curación a través de la logoterapia. México., Ed. Páidos.
- ✓ Lukas, E. Logoterapia (2003). La búsqueda del sentido. México., Ed. Páidos.
- ✓ Paladino, C. (1994) Autoestima para adolescentes. México., Ed. Grupo Editorial Iberoamericana.
- ✓ Paldinger. (1999) Tendencia al suicidio. México., Ed. Páidos.
- ✓ Papalia. O. (2002) México., Ed. Mc Graw Hill.
- ✓ Slaikeu, K. (1944) Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México., Ed. Manuel Moderno.
- ✓ Videla, M. (1991). Prevención psicológica en la salud comunitaria. México., Ed. Cinco