



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA

IBEROAMERICANA S. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ FUNDAMENTOS TEORICOS PARA LA PREVENCION DEL
SUICIDIO EN ADOLESCENTES “

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MAGALLI ORTIZ CORTES

ASESOR DE TESIS:

MTRA. ILDA ROBLES GONZALEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO DE 2019.



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.

INTRODUCCIÓN

¿Qué lleva a una persona a acabar con su vida?, ¿Qué factores pueden estar operando en una decisión tan extrema?

La investigación se basará en la búsqueda de causas que llevan a determinadas situaciones, conflictos intensos y marcados en la vida de los adolescentes hasta el punto de llevarlos al suicidio, creer que esta es la única solución a sus problemas, es algo que preocupa a la sociedad ya que la inmadurez de los jóvenes en esta etapa de su vida es muy susceptible a cambios de temperamentos. A través de este trabajo se aspira a que se permita sensibilizar a la población adolescente.

El suicidio en los adolescentes es una conducta patológica que se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria.

Hablar sobre suicidio en la adolescencia resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema fatal del cual no se prefiere hablar, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida.

Se puede meditar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y creer que cuando ocurre, puede ser un acto vehemente, no bien pensado y por considerar que es una tarea exclusiva de profesionales de la salud mental en el que no pueden intervenir otros sectores de la población.

Cada uno de estos juicios constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no expresan en modo alguno las evidencias del suicidio en la adolescencia.

Aprender a cuidar la vida que se nos concede, es una manera que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia.

El ser humano debe de aprender a quererse, aceptarse, conocerse y respetarse de manera racional. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará la calidad de vida de los adolescentes.

Se debe fomentar a los adolescentes literatura científica que aborde el comportamiento suicida, incrementar programas de prevención, pueden ser de gran utilidad, pues contribuye a tener mejores condiciones para ayudarse a ellos mismos y a su grupo social.

Es importante involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar a tiempo a aquellas personas que deseen llevar a cabo la ejecución de un acto suicida y evitar que ocurra.

Se debe de hacer conciencia que el suicidio es un proceso que inicia con un pensamiento y lo que se piensa, no ocurre por impulso, sino más bien como una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida.

El suicidio es un síntoma más, el último síntoma, de una existencia infeliz, del dolor de la desesperanza. Es muy importante que tomemos conciencia de ésta realidad que actualmente nos está sobrepasando, que actuemos oportunamente y apoyemos a nuestros jóvenes para que encuentren un sentido real de vida y aprendan a enfrentar los problemas que se les presenten de una manera efectiva.

DEDICATORIAS

A Dios

Por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome
paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis Padres

Esperanza Cortes Meza y Mario Ortiz Méndez

Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por confiar en mí y
apoyarme en todo momento; muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre los que se
incluyen este.

Siempre agradecida con ustedes mamá y papá

A los adolescentes

Que han tenido ideas o tentativas suicidas y que por algo no han cometido una tragedia, a
ustedes les quiero decir que valiente no es la persona que no tiene miedo, sino la que sigue
adelante.

¡No al suicidio, prende tu vida, no la apagues!

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento

A mi directora y asesora de tesis Lic. Hilda Robles González

Quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación y hoy puedo culminar este trabajo.

Agradecimiento

A esa persona especial que estuvo apoyándome en cada decisión que tomará, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio constituye un problema grave de salud pública y es en gran medida prevenible, es por eso que este trabajo de investigación está dirigido a la prevención del suicidio en adolescentes.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos una persona se quita la vida y se estima que casi 3.000 personas ponen fin a su vida diariamente y al menos 20 intentan suicidarse y uno logra su objetivo.

Por otra parte los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, en 2016, se detectaron más de 6.285 suicidios lo que representa 5,2 muertes por cada 100.000 habitantes y en 2014 se registraron 2.599 suicidios entre personas de 15 a 29 años para apuntarse como la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años.

Los datos anteriores refieren que, la cantidad de suicidios en el mundo ha mostrado un incremento alarmante; esto hace del suicidio una problemática de salud social concerniente a la sociedad en general.

La implementación de programas de prevención en las instituciones con las que tiene contacto el adolescente, como son: clubes sociales, deportivos, la escuela y la familia, a partir del uso de los medios de comunicación y de la tecnología con la que se relaciona el adolescente, permitirá identificar los factores de riesgo para prevenir e intervenir terapéuticamente antes de la consumación del suicidio.

Se considera que el incremento de suicidios se debe a la vulnerabilidad de la adolescencia, cuando los jóvenes están en formación de su identidad, ya que los jóvenes siempre han sido un grupo susceptible.

Lo más importante es que todos los suicidios se puede prevenir si se identifican de la manera correcta, no se deben minimizar los problemas que manifiestan los adolescentes, siempre tiene que ser tomado en cuenta porque es muy probable que ya tenga la idealización de muerte y pueda buscar su ejecución.

El suicidio constituye un problema grave de salud pública y es en gran medida prevenible, es por eso que este trabajo de investigación está dirigido a indagar sobre los factores de riesgo del suicidio en adolescentes.

INDICE

CAPITULO I

IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA

1.1	Antecedentes Históricos	3
1.2	Definición de suicidio y Conducta Suicida	8
1.3	Definición de Ideación Suicida	14
1.4	Definición de Intento Suicida	17
1.5	Suicidio en Adolescentes	19
1.6	Concepto de Muerte	22
1.6.1	Evolución Del Concepto De Muerte Según La Edad	22
1.7	Factores De Riesgo	24
1.8	Intentos De Suicidio Previos	30
1.9	Señales De Aviso	32
1.10	Etapas Del Proceso Suicida	33
1.11	Mitos Del Suicidio	34

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

2.1	Definición De Adolescencia	42
2.2	Características De La Adolescencia	44
2.3	Desarrollo Cognoscitivo	48
2.3.1	Desarrollo Del Lenguaje	54
2.4	Desarrollo Moral	56
2.5	Comportamiento Prosocial Y Voluntariado	59
2.6	Desarrollo Emocional	60
2.7	Desarrollo Psicosocial	62
2.8	Búsqueda De Identidad	65
2.9	Identidad Versus Confusión De Identidad	66
2.10	Sexualidad	69

CAPITULO III

EL SUICIDIO Y SUS INTERPRETACIONES TEÓRICAS

3.1	Teoría Biológica	77
3.2	Teoría Cognitivo Conductual	78
3.3	Teoría Psicodinámica	79
3.4	Teoría Sociológica	80
3.5	Teoría Psicoanalítica	81
3.6	Teoría Psicosocial del estrés	83
3.7	Relación entre el estrés y el suicidio	86

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1	Planteamiento del problema	88
4.2	Delimitación del tema	88
4.3	Formulación de objetivos	89
4.4	Tipo de estudio	89
4.5	Marco Conceptual	90
4.6	Recomendaciones	91
4.7	Análisis	93
4.8	Conclusiones	103

CAPITULO I.

IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA

El objetivo principal del texto es hablar de suicidio, el cual no es un tema novedoso, es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, sin embargo la actitud que han tenido las sociedades difieren debido a las influencias religiosas, filosóficas, a las estructuras sociopolíticas y culturales pero sobre todo al concepto de muerte que se tenía.

Cabe mencionar que cada suicidio es una tragedia personal que se lleva prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades.

Se dice que la sociedad debe asegurar al individuo a través del sistema familiar, y de la provisión de aportes físicos, psicosociales y culturales, que se requieren para que cumpla con sus funciones. Sin embargo, ello cada vez es más difícil, debido a que los cambios sociales que han ocurrido en las últimas décadas, consecuencia de la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, de las recurrentes crisis económicas y de una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización han afectado la vida de toda la población, pero en especial la de los adolescentes.

Por su parte (Arta Sánchez, 1999) “dice que la adolescencia, es un período en el cual se lucha por alcanzar una plena madurez social, y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, abandonando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto”. Debido a ello algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso

manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión y sienten que su futuro se encuentra fuera de control y así la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas surgen como una salida ante tal situación

Por tal motivo (Villatoro, 2003) “refiere que el suicidio consumado, la ideación y el intento suicida en los adolescentes son aspectos que requieren mucha atención, sobre todo si consideramos que las tasas de incidencia y prevalencia van en aumento, tanto en México como en otros países” Analizando lo anterior es importante hacer énfasis en estos factores ya que pueden ser señales de un acto suicida.

Al respecto, González Forteza, Ramos, Mariño y Pérez (2002) “señalan que en las últimas décadas la tasa de suicidio en la adolescencia se ha incrementado en varios países, incluyendo México, e incrementará más y esto se deberá a los cambios en los valores y estilos de vida como consecuencia de la sobre urbanización”. Esto se refiere a que debido a la explosión demográfica de la población joven y su concomitante desempleo, la inestabilidad en la estructura familiar, del abuso de sustancias, delincuencia, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, entre otros son riesgos latentes para cometer suicidio.

Aunque es difícil estudiar el intento e ideación suicida, sí se detecta a tiempo a los adolescentes que presentan estas conductas, se pueden evitar muchos suicidios.

Por lo tanto, al conocer los factores de riesgo de dichas conductas, se pueden iniciar acciones de investigación y preventivas, para esta población, que como se ha visto, es donde tiende a aumentar este problema.

1.1 Antecedentes Históricos

Por su parte, los filósofos estoicos 301 a.c consideraban el suicidio como el medio para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria o bien por los amigos a causa de un dolor intolerable.

Posteriormente, en el concilio de Arles 452 a.c, se declaró que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo.

En la Grecia clásica 499 a.c el suicidio fue un fenómeno difundido y tuvo como mayores exponentes a filósofos como Anaxágoras, Soltares y Diodoro, entre otros.

Por lo que en Atenas se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, y se consideraba a este acto como una ofensa a Dios.

Asimismo, el cristianismo Siglo I aceptó en los primeros siglos, que el suicido era admisible en algunas circunstancias, sin embargo está opinión se fue modificando hasta volverse una actitud intransigente. San Agustín, lo calificó de pecado mayor, debido a que violó el quinto mandamiento, porque usurpa la función del estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que persiste en nuestros días.

En el Siglo IV tal es el caso de la India, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios en búsqueda del nirvana frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas.

En cuanto a Sto. Tomás de Aquino, quien consideraba al suicidio como el más grave de los pecados, honra la figura de San Agustín en el Concilio de Nimes de 1284, y el Derecho Graciano y condena todo tipo de suicidio.

Por otro lado, en Inglaterra, se publicaron apologías sobre el suicidio u opiniones sobre su legitimidad. En 1644, se publicó el poema *Biathanatos*, del poeta y clérigo Donne; en 1777, Hume publicó su ensayo *Sobre el suicidio*, proclamando el derecho del hombre a disponer de su propia vida. En Francia Montesquieu, Staël, Montaigne y Rousseau, entre otros, expresaron ideas similares.

Esto se pudo ver con el autor Jesús Sarabia Pardo, quien en su obra “Suicidio como enfermedad social” (1889), interpreta el fenómeno señalando la relaciones entre pauperismo y suicidio, influencia de los cambios políticos y de las guerras y especialmente los actos derivados de la progresiva industrialización, como el aumento demográfico de las ciudades (Ros, 1998). En esta obra habla del suicidio como un problema social derivado de la globalización.

En Roma, se observa la influencia tanto de los filósofos como Séneca y los literatos Siglo XIX como Lucano (llamado “el poeta del suicidio”), al igual que de la política: cerca del emperador, los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes de la rapacidad del tirano. También el suicidio entre los esclavos era frecuente aunque prohibido, a los rescatados se les castiga severamente, debido a que los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas.

Es así que en el Renacimiento en el Siglo XIX persisten las mismas ideas respecto al suicidio a nivel popular, influido por ciertos escritores, como Dante. Paralelamente, surgen opiniones que disienten del suicidio como pecado o crimen, justificándolo en aquellas situaciones donde se buscaba mitigar el

dolor y el sufrimiento. Es así que, se produce un cambio que lleva de un humanismo emocional a un humanismo racional, después de la revolución de Copérnico, Lucero, Descartes, Calvino, etc., se empiezan a discutir postulados teológicos y dudas sobre los dogmas.

Cabe destacar que el suicidio a lo largo de la historia se relacionaba, por lo general, a un personaje célebre que quería ser recordado o se integraba a una acción histórica importante que de la misma manera debería de quedar en la memoria. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país (Sarró, 1991).

Como su puede observar, durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión moral y religiosa. “En aquellos tiempos el suicidio consumado era sinónimo de libertad, de una conducta racional o irracional, siempre se evocaba el suicidio como un acto humano, dicho tabú se relacionaba con prejuicios que fueron generalizándose, provocando el rechazo por cuestiones religiosas, éticas o políticas”. (Sarró, 1991).

Así mismo durante Siglos el Derecho Canónico fue el único vigente en relación al suicidio, pero las primeras leyes laicas condenando la muerte voluntaria, aparecen en el siglo XIII, en Francia con Luis IX, en España con Alfonso X el Sabio, quien penaliza el suicidio mediante la confiscación de bienes pero además condena el auxilio a éste (Ros, 1998). Por su parte el Derecho Canónico es dominante ante el castigo de un suicidio consumado que realiza una persona, pero al mismo tiempo con esta penalización quiere evitarlo.

Así como en Tíbet (buscar a donde pertenece) y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso de Shiddharta Gautama, en donde existían dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía del enemigo.

Mientras que en el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hara-kiri. También durante el culto, algunos creyentes se suicidaban para alcanzar a sus divinidades.

Por lo que en Atenas se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, y se consideraba a este acto como una ofensa a Dios.

Por lo que el fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial. Dicho fenómeno se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, alcoholismo, el crimen y la enfermedad.

A principios del siglo XX, las posiciones respecto al suicidio, fueron por parte del jurista Ruiz-Funes, que en su trabajo Etiología del suicidio en España, introduce la traducción que hizo al español de El suicidio, de Durkheim (1928), indicando que: “El suicidio es una afección moral de la sociedad” (Sarró, 1991). Cabe agregar que el suicido era visto como una falta de afecto hacia sí mismo.

En la actitud el suicidio es menos dogmático de lo que solía ser en el pasado. Por lo que el suicidio solo era castigado en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona. Asimismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social.

En este sentido, se puede decir que la valoración del suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas, políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc.

Por lo tanto, es claro que el fenómeno del suicidio existe desde hace siglos, sin embargo todavía existen muchas interrogantes en torno a dicho fenómeno como: ¿Por qué la gente se suicida?, o ¿cuáles son los factores que influyen para que se tome tal decisión?, etc.

Más adelante se presentara un panorama, que intenta dar una posible explicación a dichas interrogantes.

El intento suicida (IS) y el suicidio (S) en el Siglo XXI constituyen un problema de salud de gran importancia a nivel mundial.

(Lester, 1998) A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. (Lester, 1998) Según la clasificación NASH existen 5 formas de morir: naturales, accidentales, suicidas, homicidas y no especificadas. Además, éstas pueden ser intencionadas, sub-intencionadas y no intencionadas.

Por su parte (Pérez, 2008) dice que la mayor parte de los investigadores sociales están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta, que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Los estudios revelan que existe generalmente una fuerte depresión, en los sujetos implicados en tales conductas.

Otros científicos afirman que algunas personas son genéticamente más propensas que otras a las depresiones y por lo tanto al suicidio. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión.

Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la

muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

1.2 Definición de suicidio y conductas suicidas

A continuación se presentan los criterios para definir el término suicidio, así como, las conductas suicidas, posteriormente se hablará de las distintas definiciones que los autores han propuesto para estudiar dichas conductas.

Etimológicamente, suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) cidium (matar), “atentado contra la propia vida”, “matar-se”. Los griegos lo expresaban como autokeiria de autos: sí mismo, y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado.

En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados y el parasuicidio, como un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico.

De acuerdo con la OMS (2006) el suicidio es cualquier acto autodestructivo que el sujeto realiza con el único propósito de culminar con su propia vida.

Por su parte Shneidman (1973, citado en Villardón, 2003), menciona algunas de las dificultades que presenta el concepto “suicida”. La primera se relaciona con el hecho de que la palabra “suicida”, se aplica a diferentes categorías de conducta; ya que se nombra suicida a la persona que ha intentado, ha pensado y ha cometido el suicidio. La segunda dificultad que se presenta, se encuentra relacionada con el aspecto temporal, debido a que se califica como “suicida”, tanto a la persona que en el pasado intentó una conducta suicida, como a la persona que en el presente lo lleva a cabo. Retomando al autor se encuentra la idea de propósito, ya que la intención es un factor clave, el cual se debe tener en cuenta para definir un acto como suicida.

Según el Diccionario de uso del Español de Moliner (1981, citado en Sarró, 2001) “el suicidio es definido como la acción de matarse así mismo”. De acuerdo al autor el suicidio es un acto de atentar contra su propia vida.

Por lo tanto, suicidarse se define como “matarse voluntariamente a sí mismo”, y es precisamente la voluntad o intención lo que hace que posteriormente se torne complicada la distinción del suicidio como causa de muerte.

La dificultad del concepto de suicidio se vuelve más prominente, cuando se hace referencia a conductas que no son mortales y que son llevadas a cabo voluntariamente por la persona. Sin embargo, Shneidman (1973, citado en Villardón, 2003) “menciona que las conductas no fatales son: los intentos, amenazas y pensamientos de suicidio”.

Por su parte Pokorny (1986, citado en Villardón, 2003), de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del National Institute of Mental Health, “propone el término suicidio consumado para hacer referencia a la muerte por suicidio y

conductas suicidas para los términos relacionados” Así mismo el suicidio consumado hace referencia a la muerte auto provocada, como el concepto de cualquier acción que perjudica al que la lleva a cabo

Por otro lado (Silverman, 2007) “intenta simplificar la terminología de la conducta suicida la cual la clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones”.

- Conducta Suicida Tipo I: Conducta lesiva y autoinfligida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.
 - a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
 - b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.
- Conducta Suicida Tipo II: La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:
 - a) Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

Así mismo habla de la:

- Conducta suicida no determinada: La cual hace énfasis a que es una conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida, que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (autoinflingida con grado indeterminado de intencionalidad). Considerando la clasificación que hace el autor cabe destacar que la conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte.

(Autor) También plantea que para poder conocer y calificar un acto suicida de una manera más objetiva, es necesario tener en cuenta aspectos tales como: certeza, letalidad, intención, circunstancias atenuantes y método lesivo.

Cabe mencionar que para el estudio de la problemática suicida se examinan dos grandes categorías de análisis:

- 1) cuando el desenlace es letal y deviene la muerte (suicidio consumado).
- 2) el parasuicidio, que comprende las diversas instancias, entre ellas se encuentra el intento suicida y la ideación suicida (Diekstra, 1989, citado en Villatoro, et al, 2003). Como lo menciona Diekstra es importante hacer énfasis en estas dos categorías “suicidio consumado, ideación y tentativa suicida” ya que son factores que se exploran para analizar la problemática.

El diccionario introduce en su definición el concepto “conductas suicidas”, debido a que se admite en ella, tanto la muerte autoprovocada, como el

concepto de cualquier acción que perjudica al que la lleva a cabo, y es en esa dirección que los autores hacen referencia al concepto “Suicidio”.

La palabra suicidio fue utilizada por primera vez por el abate Desfontaines en 1737, “menciona que su significado es una derivación del griego, que significa muerte propia” (Morón, 1987). Es importante mencionar que Desfontaines fue el primero en acuñar el término “suicidio” para definirlo como poner fin a la propia vida de una persona.

Por otra parte Desahies (1947, citado en Sarró, 1991) “lo define como el acto de matarse de una forma consciente, utilizando la muerte como un medio o como un fin”. Cabe mencionar que para este autor el suicido es algo que la persona realiza de manera sensata.

Así mismo el suicidio lo define (Stengel, 1965) como un acto fatal; y que por lo tanto, el acto suicida, es una pauta de conducta muy confusa que refleja tendencias en conflicto cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles.

(OMSS, 2008) definió al acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se causa así mismo una lesión cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”. De acuerdo con la OMS el suicidio es cualquiera autolesión que se realice el individuo para llevar a cabo su objetivo (suicidio).

Durkheim (1974, citado en Ros, 2008) “denomina suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la persona misma, sabiendo que ella misma debía producir ese resultado; por lo tanto el suicidio es un acto consciente e intencional”. Por su parte Durkheim considera que el suicidio o intento de suicidio que se lleva a cabo se realiza de manera sensata y planeada.

Cabe separar el término de muerte natural, al suicidio en el cual son muertes por imprudencia y con finalidad. Becheler (1975, citado en Sarró, 1991) “define al suicidio como una conducta que busca y encuentra una solución al problema existencial a través de la muerte”.

Para Chávez, (1982, citado en Gómez, 2006), “el suicidio es un fenómeno complejo con factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan entre sí”. De acuerdo con Chávez el suicidio es un problema bio-psico-social que en conjunto se pueden determinar el fenómeno llamado suicidio.

Saltijera y Terroba (1987, citados en Gómez, 2006), “expusieron que el suicidio es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, que incrementa el número de muertes innecesarias en algunos miembros más productivos de la sociedad”. Por el contrario cabe resaltar que el suicidio lo considera el autor como una enfermedad mental difícil de analizar y dicha conducta se puede indagar para encontrar el origen de dicha conducta.

Cabe mencionar que la conducta suicida siempre va a ir enfocada hacia su propia persona con la finalidad de cometer el mismo. Para Díaz del Guante, Molina y Cruz (1994), “definen el suicidio como una conducta desviada, dirigida en contra de la persona misma”.

Por su parte Gómez hace énfasis a que la persona conlleva al suicidio debido a que biológicamente no llevo a cabo una adecuada adaptación. Dicho autor menciona que el suicidio, no ocurre de una forma repentina, ni por impulsividad y tampoco es impredecible o inevitable, sino que es el paso final de un fracaso progresivo en el proceso de adaptación. (Gómez, 1996)

Algunos autores como Beck y Dijkstra (1989) “valoran los actos suicidas como una secuencia de conductas que van desde la ideación, la amenaza, la tentativa, hasta el suicidio consumado”. Acorde a los autores el suicidio es una

triada la cual lleva el siguiente procedimiento ideación suicida-tentativa suicida-suicidio consumado.

Es importante agregar que el suicidio es un disparate contra la propia vida humana, el cual se lleva a cabo bajo una decisión determinada. “Desde la perspectiva epidemiológica, se puede decir que el suicidio es un acto dirigido a terminar la vida de manera autoinflingida y autodeterminada”. (Mondragón, 1997).

Por último, Thomas, (2002) “describe al suicidio como una acción de quitarnos la vida de manera voluntaria y deliberada, ya sea matándonos directamente o rechazando un atamamiento que nos mantenga con vida”. Es decir que el suicidio es “cualquier conducta motivada por una preferencia de la muerte sobre la vida, que tiene como consecuencia inmediata el cese de la propia vida”

Como se ha visto existe una gran variedad de definiciones conceptuales, que van desde las que tienen su origen en la patología hasta las de origen social. Por lo tanto, al no tener una definición de forma generalizada, el fenómeno del suicidio se torna más complejo.

Aunado a lo anterior también se encuentran los mitos y concepciones erróneas que se han creado a lo largo del tiempo, la cuales obstaculizan los avances que se puedan tener respecto a este problema, así como también las labores de prevención. Una de las posibles soluciones que se proponen es, integrar las diversas dimensiones del fenómeno.

1.3 Definición de Ideación Suicida

En relación con el tema dentro de las conductas suicidas, también se encuentra la ideación suicida la cual hace énfasis a una expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.

Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente y/o impulsiva o planeada.

Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), “han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida”. A esto se le puede considerar como las fases del proceso suicida que se desarrollan a través de la vida de una persona suicida.

El suicidio inicia con una ideación, planea la tentativa suicida hasta llevar a cabo el acto suicida. Sin embargo, Pérez (1999) “define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte”.

Por su parte (Esquirol, 1837), (Deshaies, 1947) y (Meerloo, 1966), “plantean que la ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos”. Sin embargo, el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida

La muerte autoinfligida es un objetivo que tiene el ser humano cuando quiere poner fin a su propia vida. (Moron, 1987) “la define como una representación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse”.

Con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, se desencadena un constructo cognitivo que se presenta con frecuencia en los adolescentes. Levy y Deykin, (1989, citado en González-Forteza, 1996) “mencionan que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima”.

Para Beck, (1979, citado en Mondragón, 2001), la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Esta definición es la que se utilizará en la presente investigación.

Por su parte, Medina-Mora, et al, (1994) “mencionan que la ideación suicida son ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte”. Conforme a Medina-Mora el suicidio es un acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte.

Desde otro punto de vista la idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia.

Puede manifestarse de las siguientes maneras:

- **Idea suicida sin planeamiento de la acción:** Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.
- **Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:** Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse La idea suicida.
- **Idea suicida con un método específico pero no planificado:** Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.
- **Plan suicida:** Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Recapitulando lo anterior todas estas manifestaciones de la ideación e intento de autodestrucción deben ser explorados, si la persona no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

1.4 Definición de Intento Suicida

Para poder tener una visión más completa del problema del suicidio será definido el intento suicida. Con respecto al término intento suicida es importante mencionar que se considera como una tentativa autodestructiva la cual es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte.

Para esto algunos autores definen dicho término.

La diferencia que existe entre el suicidio consumado y el intento suicida, es que el intento no tiene como consecuencia la pérdida de la vida. “El intento suicida, en el que no se produce daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados, los cuales no son tan efectivos para llevar a cabo el propósito autodestructivo que la persona tenía en mente” (Marchiori, 1998).

Según (Stengel, 1965) “el intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua”. Para Stengel el realizar un hecho que atente contra la propia vida del ser humano se considera intento de suicidio.

Cabe mencionar que hay conductas aparentemente suicidas, que en realidad no buscan la muerte si no una serie de cambios ambientales en el entorno y

estas conductas las manifiestan como una petición de ayuda. Kreitman “impulsó la introducción del término parasuicidio, el cual definió como un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada se autolesiona, o ingiere medicamentos en dosis mayores a los que el médico prescribe, para dañarse”. (Kreitman, 1969),

El intento suicida es una decisión consiente que toma el individuo para poner fin a su vida. Por su parte, Morgan (1983, citado en Marchiori, 1998) “menciona que el intento suicida es un daño deliberado autoinflingido, no mortal”.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores, cabe señalar que si bien es cierto que todo intento de suicidio es un comportamiento que pone en riesgo la vida y que todo intento debe tomarse con seriedad para asistir con medidas terapéuticas. “También es necesario mencionar que no todos los intentos presentan las mismas características” (Marchiori, 1998). Haciendo referencia a lo dicho por el autor, quizás no presentan las mismas características, pero si el mismo gesto suicida.

Stengel (2005) argumenta que la complejidad de este comportamiento en sus diversos procesos y su amplitud permite observar los siguientes aspectos:

1) Tentativa gravísima de suicidio: Por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, pero difiere en cuanto al resultado mortal en el acto. El individuo tiene idea de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte. Sin embargo, la persona presenta gravísimas heridas físicas.

2) Tentativa grave: Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad.

3) Tentativa leve: En estos casos las armas o los medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.

4) Tentativa sin daño: Son los casos en el que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

Al investigar sobre la intención suicida se puede conocer que la conducta suicida, como dice el autor es un fenómeno complejo, que se relaciona con el estado físico, psíquico, social y demás circunstancias que rodean a la persona al momento de llevar a cabo dicha conducta.

1.5 SUICIDIO EN ADOLESCENTES

En el siguiente punto se abordara la temática del Suicidio en los Adolescentes como problemática social.

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

Por su parte (Yara 2007) dice que "estos adolescentes generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar". A esto se le puede llamar familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas.

La (OMS, 2012) define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño con independencia del grado de intención y de que conozcamos los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida.

El comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

Por otra parte a raíz del desarrollo de la adolescencia, los jóvenes empiezan a elaborar sus códigos de conducta, sus valores y su ética, progresivamente va modificando su rol en la familia, de niño-dependiente a adulto-independiente con aumento de responsabilidades y de capacidad para ejercer su libertad. Por lo que “La característica más peligrosa del pensamiento adolescente es la de sentirse invencible, siempre piensan que las cosas malas les ocurren a los otros, suicidios, accidentes, agresiones, embarazos, brotes psicóticos por ingesta de drogas y comas etílicos”. (Pérez, 2013)

(Yara, 2009) Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida. (Yara, 2009) “La adolescencia es la poca de la carente tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos”.

Las dificultades escolares son predictores de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida.

En otros casos la vulnerabilidad al percibir ciertos eventos de la vida como una amenaza directa a su autoimagen o a su dignidad; la separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias; la muerte de un ser querido u otra persona significativa; los conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; los problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.

(Escartín, 2012) La aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia; presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones; el fracaso en el desempeño escolar; la exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.

Como también el embarazo no deseado u otra infección de transmisión sexual; el padecer una enfermedad física grave; ser víctima de desastres naturales; la violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares; el estar sometido a amenazas de muerte o golpizas; ser motivo de burlas en la escuela; incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas. Retomando lo dicho por el autor el suicidio es el desencadenante final acerca de los problemas personales y sociales que el adolescente llegue a tener durante el mismo desarrollo.

Cabe decir que pese a la intencionalidad que tenga el adolescente de provocarse la muerte, es un daño serio así mismo, es un elemento que define la conducta suicida. Por su parte (Mansilla, 2011) en el caso de los adolescentes que presentan esta conducta es difícil de evaluar, puesto que tienen que ver con el desarrollo cognitivo, respecto al

concepto de muerte y a la irreversible de este, por lo que es necesario aclarar como es el desarrollo de este concepto que tiene un adolescente de la muerte.

A continuación se explicara dicho concepto.

1.6 Concepto de Muerte

En este tema se estudia especialmente el llamado “concepto maduro de la muerte” que tiene el adolescente.

Es un fenómeno universal, natural, irreversible, inevitable y supone la finalización de la vida, por tanto, debido a lo abstracto y complejo del concepto, requiere ciertos requisitos cognitivos previos:

- Distinción entre lo animado y lo inanimado
- Dominio de la constancia del objeto
- Diferenciación del Yo
- Concepto del tiempo (pasado, presente y futuro)

1.6.1 Evolución del concepto de muerte según la edad

Evolutivamente, se podría decir que los adolescentes se creen invulnerables e inmortales por eso sienten tanto desconcierto. Sin embargo son capaces de percibir la ausencia de las personas que ya no están y eran significativas para ellos.

Como consecuencia de esto, y de los cambios que se generan como producto es la organización que esto implica, muchas veces presentan conductas de protesta, desesperación, desapego y ansiedad.

(Patricia Díaz, 2016) hace referencia a que los adolescentes son conscientes de su propia muerte y pueden fantasear con ella, e incluso puede aparecer la idea del suicidio como una salida a su sufrimiento o a los problemas ocasionados por la pérdida.

(José Carlos, 2019) Así mismo los Adolescentes consideran la perspectiva de muerte en tres etapas:

Primera Etapa: Consideran la muerte como una separación temporal, provisional y reversible.

Segunda Etapa: Aparece el concepto de muerte como irreversible y capaz de afectar, primero a personas neutras y, luego a las próximas.

Tercera Etapa: Con los adolescentes y la adquisición del pensamiento abstracto, aparece el pleno concepto de muerte: como algo irreversible, universal y final. Muchas veces va acompañado de defensas como la negociación y la renegación, pudiendo llevar a correr riesgos para comprobar su inmortalidad. También en la adolescencia este registro sobre la posibilidad de la propia muerte se puede encontrar en el interés y la crítica por los ritos, usos y costumbre sociales establecida en el entorno al tema, manifestaciones de espiritualidad o incluso los paseos por los cementerios.

(Raheb, S.F) “explica que tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio en pre púberes predicen un intento de suicidio en la adolescencia”. Cabe indicar de acuerdo a lo dicho con la autora, que los problemas de adaptación social de estos jóvenes consisten principalmente en relaciones intrafamiliares problemáticas, en el caso de los pre púberes, mientras que los conflictos con los pares son más comunes entre los adolescentes.

La distribución modal de las edades de inicio de los síntomas y los trastornos psiquiátricos que aumentan el riesgo de comportamiento suicida varían a lo

largo de la adolescencia. El suicidio se convierte en algo más común con la edad alcanzando su cuota máxima entre las edades de 19 a 23 años.

Diferencias en el concepto de muerte entre adolescentes que intentan suicidarse con los que no.

Por otro lado (Raheb, S.F) afirma que los adolescentes con tentativas de suicidio tienen:

- Más miedo a su propia muerte y a sus familiares
- Un alto nivel de rechazo por la vida
- Atracción por la muerte
- Muestran un nivel bajo de atracción por la vida y rechazo por la muerte
- Suelen mostrar fluctuaciones en su comprensión de la muerte, normalmente en relación con situaciones ansiógenas, puede reaparecer la idea de muerte como un proceso reversible.

Recabando la información de la autora cabe destacar que los intereses de los adolescentes que piensan en el suicidio surgen con mayor intensidad hacia el pensamiento acerca de la muerte.

1.7 Factores de Riesgo

En este tema se hablara acerca de los factores que pueden desencadenar la conducta suicida en una persona.

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. A pesar de que varios de los factores de riesgo ya han sido identificados, las bases neurobiológicas del suicidio no se han esclarecido del todo, aunque se han enfocado

particularmente hacia la disfunción del sistema serotoninérgico. (Contreras, 2008)

Los factores de riesgo del suicidio son los siguientes:

- **Factores neurobiológicos y genéticos**

Parte del cerebro asociada con el control de la agresión y otros comportamientos impulsivos (córtex frontal) tiene un nivel significativamente menor de serotonina, un neurotransmisor asociado con desordenes del estado de ánimo.

Niveles bajos de serotonina están correlacionados con mayor depresión. La serotonina parece inhibir las fluctuaciones extremas del humor y la reactividad. La vulnerabilidad al suicidio de individuos con estas anomalías biológicas puede ser mediada por la impulsividad y la volatilidad emocional.

Mientras que el córtex prefrontal ventral juega un papel en la inhibición del comportamiento, es concebible que las irregularidades de la serotonina en esta rea hagan más difícil para un individuo suicida controlar sus impulsos suicidas. En adicción, las víctimas de suicidio tienen altos niveles de cortisol, una hormona producida en situaciones estresantes, en los tejidos de su sistema nervioso central.

- **Genero**

Mientras que los suicidios contemplados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas.

Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan métodos

más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

- Edad

La suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años, los adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio.

La capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos.

Los adolescentes tempranos suicidas son física y mentalmente precoces.

- Disfunción familiar

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde el adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

La violencia contra los niños en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas y la desconfianza.

El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que

constituye un riesgo para el suicidio. Por su parte (Larraguibel, 2000) menciona que “alternativamente la familia puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida”.

Otras veces, las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad. Todo esto, conspira contra el buen desarrollo de la personalidad de los adolescentes quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares.

Se provocan así, diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, que recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

Factores socio-psicológicos

- Depresión

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta.

Estudios de conducta suicida en adolescentes, han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas. Es importante saber cuánto el riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución

independiente al riesgo de conducta suicida en adolescentes, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales.

Aunque la depresión por sí misma es un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida, las dificultades en las relaciones familiares le otorgan una contribución significativa independiente a este rasgo.

Por otra parte, varios autores han intentado identificar las características de los niños y adolescentes suicidas. Un amplio rango de factores ha sido ligado a la conducta suicida en este grupo etario.

A continuación describiremos las características más relevantes:

- Problemas Conductuales

Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinflingidas.

Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son: conducta sexual premiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo uso de cinturón de seguridad, violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, etc.

- Ansiedad

Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida.

Cabe mencionar que la ansiedad como rasgo parece ser relativamente independiente de la depresión como factor de riesgo en la conducta suicida, la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida.

El suicidio puede ser facilitado en adolescentes vulnerables por la exposición a relatos reales o ficticios de suicidios. Incluye a los medios de comunicación cuando hablan de un suicidio, como un informe intenso del suicidio de una celebridad o la representación ficticia de un suicidio en una película famosa o un programa de televisión. El riesgo especialmente alto en jóvenes y dura aproximadamente 2 semanas.

El fenómeno de los suicidios en grupos (un número excesivo de suicidios que suceden en proximidad temporal y geográfica) suele estar relacionado con la imitación. Los grupos suicidas involucran a jóvenes previamente perturbados que sabían de la muerte de otro pero no conocían a la víctima personalmente; representa un porcentaje muy bajo del total de suicidios.

Factores de riesgo a nivel individual

- Soledad

Es una de las tres principales causas mencionadas para querer suicidarse. La persona sola siente que está aislada, es diferente está separada de otros, sin amor e inferior. El sentimiento de soledad tiene que ver con un pobre autoconcepto y considerarse un estorbo. La persona que se va a suicidar piensa: “a nadie le va importar”. “mi familia estaría mejor sin mí”. Aunque se cuente con la presencia de otros, la persona se percibe a si misma sola y sin apoyo.

- Aislamiento

El aislamiento, la soledad y la falta de apoyo son factores de riesgo para el comportamiento suicida en las relaciones y la comunidad de la persona, ya que por ello piensa que el suicidio es una solución a sus problemas. Estas respuestas contrastan con la respuesta del grupo sin intento suicida que expresa que los suicidas “no piensan en los demás, lo que quiere decir que las personas suicidas piensan en los demás” pero consideran que no son importantes para los otros, lo cual puede ser un factor de riesgo.

Las personas con intento suicida mencionan “llevan su vida moral” y el grupo de jóvenes adultos sin intento de suicidio dicen que una acción que realiza la persona con intento suicida es que “se aísla”. Llevar una vida normal expresa la experiencia personal de las personas con tentativa suicida y contrasta con la idea de “aislarse” que es un signo culturalmente identificado de la conducta suicida. Aislarse refleja el conocimiento cultural compartido por aquellos que no han tenido la experiencia suicida e identifica aislarse como signo asociados a la conducta suicida.

1.8 Intentos de suicidio previos

El intento de suicidio en la adolescencia puede prevenirse y debe ser advertido por el pediatra, quien está obligado a adoptar una conducta activa en el tratamiento del adolescente, su entorno y, especialmente, en el reconocimiento de la depresión. (Martínez, 2007). De acuerdo al autor se debe de considerar la existencia de los intentos de suicidio que pueden conducir al fallecimiento o que producen la internación de pacientes adolescentes en los

servicios pediátricos, y evidencian la necesidad de tratamiento de parte del equipo de salud mental que debe contar con la participación de los pediatras

(Sánchez, 2014) En tres de cada diez casos se reportaron intentos de suicidio previos, las mujeres emplean con más frecuencia la intoxicación con medicamentos para cometer el intento de suicidio; los hombres, en cambio, emplearon otros medios para cometer el intento de suicidio, como las intoxicaciones con veneno domésticos, la flebotomía y el ahorcamiento. Estas diferencias se han relacionado, por un lado, con el mayor conocimiento de los hombres de métodos violentos, la menor preocupación por sufrir desfiguraciones físicas por el intento de suicidio y la mayor agresividad y frecuencia de conductas impulsivas, en comparación con las mujeres.

- Acceso a medicamentos

Un factor de riesgo en el acceso de los medicamentos. En ocasiones estos medicamentos son los mismos que le prescribe a la persona con intento suicida su médico. O cualquier medicamento que encuentren a la mano.

“Tomar el medicamento”, “Tomar alcohol o drogarse”, son algunas de las ocasiones previas al suicidio. Hay quienes lo planean pero otros lo expresan como: “hacerlo y ya”.

Analizando lo anterior es importante mencionar que la prevención del suicidio se puede evitar con pasos previos en este caso los padres de familia y entorno social del adolescente debe de fungir un papel de observador ante cualquier conducta extraña que el adolescente llegue a manifestar, así mismo se recomienda que los medicamentos u objetos que puedan atentar contra su

vida, puedan estar lejos de su alcance en caso de que ya existan señales de alerta suicida.

1.9 Señales de Aviso

Las dificultades académicas, las fugas del establecimiento, el desinterés por las actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás chicos, la repartición de posiciones valiosas, y hacer notas de despedidas, son signos que pueden ser observados en una crisis suicida.

(Preidt, 2008) menciona que “muchas de las señales de aviso de posibles actos suicidas son también síntomas de depresión”. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño
- Pérdida de interés en las actividades y habituales
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida
- Uso de alcohol y de drogas
- Descuido del aspecto personal
- Situaciones de riesgo innecesarias
- Preocupación acerca de la muerte
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar
- Sensación de aburrimiento

- Dificultad para concentrarse
- Deseos de morir
- Falta de respuesta a los elogios
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos: verbalizar “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”
- Da señales verbales como “No seré un problema por mucho tiempo más” o “Si me pasa algo, quiero que sepan que...”
- Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes
- Se pone alegre repentinamente luego de un periodo de depresión
- Puede expresar pensamientos extraños
- Escribe una o varias notas de suicidio

Para (Mosquera, 2019) “Las amenazas de suicidio significan desesperación y un pedido de auxilio”. Es por ello que siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio, todo adolescente que exprese ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación psicológica inmediatamente.

1.10 Etapas del Proceso Suicida

El suicidio es un proceso el cual inicia con una idea de privarse la vida, posteriormente se planea para llevar el atentado contra sí mismo cabe señalar que es ocasiones se lleva a cabo o no la tragedia y por último el objetivo del suicidio es la muerte. El suicidio no es un acto aislado u ocurrente, sino más bien el resultado final de un proceso, así lo contemplan Chávez, Cortes, Hermosillo y Medina (2008) para quienes se trata de un continuo que consta de cinco etapas:

- Fantasía o ideación suicida

Se refiere a cualquier tipo de pensamiento o fantasías relacionadas con el hecho de suicidarse, por ejemplo, sentimiento intenso de tristeza y pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

- Amenaza suicida

Cualquier manifestación verbal o no verbal de naturaleza autodestructiva, expresada mediante un escrito o frases reiteradas sobre el suicidio y la muerte.

- Gesto Suicida

Constituye cualquier lesión física, autoinfligida es un anticipo del acto suicida.

- Tentativa o Intento Suicida

Es el resultado no fatal de una acción contra sí mismo, en la que existe toda la intención y voluntad de causar la muerte. La persona no alcanza su cometido y puede quedar con series lesiones físicas y emocionales.

- Suicidio Consumado

Es la muerte intencional, voluntaria y consciente causada por si misma

1.11 Mitos del Suicidio

En la temática del suicidio existen algunas falsas creencias o mitos, es importante reconocerlos y de esa manera corregirlos. Albanta aborda algunos, entre ellos están:

Cuadro de mitos sobre el suicidio (Albanta)

MITO	REALIDAD
La mayoría de las personas jóvenes que manifiestan conductas suicidas o quieren ayuda.	La evidencia muestra que lo más probable es que las personas adolescentes y jóvenes suicidas acepte ayuda.
El confidente de alguien que presenta un comportamiento suicida debe guardar el secreto.	La confidencialidad sobre los pensamientos suicidas no deben mantenerse ante la posibilidad del daño. Debe escuchar que no se puede mantener este secreto.
La conducta suicida es solo una manera de conseguir la atención.	Deben tratarse todas las amenazas de suicidio e intentos suicidas como si la persona tuviera la intención de matarse. No se debe tomar el intento o la ideación suicida solo como una manera de llamar la atención.

<p>La conducta suicida es solo una manera de conseguir la atención.</p>	<p>Deben tratarse todas las amenazas de suicidio e intentos suicidas como si la persona tuviera la intención de matarse. No se debe tomar el intento o la ideación suicida solo como una manera de llamar la atención.</p>
<p>El comportamiento suicida no es hereditario</p>	<p>Esta afirmación es cierta en el sentido de que no existe ningún “gen del suicidio”. Sin embargo, en caso de existir un suicidio en la familia deben extremarse cuidados con las personas sobrevivientes, pues se considera un factor de alto riesgo.</p>
<p>Las personas jóvenes homosexuales tienen más probabilidad de presentar ideas o tentativas de suicidio que sus pares heterosexuales.</p>	<p>Algunos estudios indican que las personas adolescentes que informan sentirse atraídos por personas de su mismo sexo tienen mayor riesgo de intentar suicidarse que las personas jóvenes heterosexuales. Aclarando lo que esto se da por la discriminación social y limitados apoyos de esta población y no por su orientación sexual homosexual.</p>

<p>Las personas que muestran una súbita mejoría después de una tentativa de suicidio o de un período de depresión, ya no están en peligro.</p>	<p>Los tres meses que siguen a una tentativa de suicidio son críticos, sobre todo si la persona muestra una súbita mejoría. El claro cambio de humor deprimido podría significar que la persona ha tomado la firme decisión de suicidarse y se ha sentido bien debido a esto.</p>
<p>Las personas adolescentes que intentan suicidarse tienen problemas mentales como son psicópatas o locos,</p>	<p>Algunas personas pueden tener problemas mentales, pero no todas. Puede ser que lo hagan porque se siente triste o confundido.</p>
<p>Es posible disminuir las posibilidades de suicidio evitando hablar del tema.</p>	<p>Es necesario hacer averiguaciones y tratar el tema abiertamente, para dar el apoyo que el adolescente o la adolescente necesita y así disminuir su malestar.</p>

<p>Existe un perfil o tipo de persona que comete suicidio.</p>	<p>La idea o acto suicida puede cometerlo cualquier persona, sin importar el sexo, religión, edad, etnia o grado académico.</p>
<p>El suicidio ocurre sin previo aviso.</p>	<p>En la mayoría de los casos, estas personas dan pistas o advertencias con respecto a su intenciones suicidas, y el mensaje que dan puede ser también de formas no verbales.</p>
<p>Los intentos de suicidio rara vez son repetidos.</p>	<p>Existe una gran posibilidad de que una persona que haya intentado suicidarse trate de intentarlo de nuevo. La diferencia está en la ayuda que se le brinde.</p>
<p>Las personas adolescentes que intentan suicidarse desean morir.</p>	<p>Casi en todos los casos las personas están buscando ser salvadas. Lo que realmente busca es un cambio que le permita acabar con su dolor.</p>

Las personas adolescentes que manifiestan ideaciones suicidas no van a cometer actos suicidas.	No puede pensar que es una rama. Hablar de ello es uno de los principales signos de alerta. El 80% de las personas hablan de suicidio previamente.
--	--

Albanta, 2016.

Analizando la información escrita y con correlación a lo dicho por los autores cabe destacar que el suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático recientemente a través de la nación. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés.

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado.

Si el adolescente dice yo me quiero matar o yo me voy a suicidar, tómelo muy en serio y llévelo de inmediato a un profesional de la salud mental capacitado. La gente a menudo se siente incómoda hablando sobre la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al joven si está deprimido o

pensando en el suicidio. Esto no ha de ponerle ideas en la cabeza, por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da La oportunidad de hablar acerca de sus problemas.

Si una o más de estas señales ocurren, los padres necesitan hablar con su niño acerca de su preocupación y deben de buscar ayuda profesional cuando persiste su preocupación. Con el apoyo moral de la familia y con tratamiento profesional, los niños y adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo.

CAPITULO II.

ADOLESCENCIA

En la actualidad la vida de un ser humano tiene varias etapas y la adolescencia es la etapa en la cual se experimentan cambios muy rápidos en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Así mismo, se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea.

Uno de los primeros en definir la adolescencia fue Jean-Jacques Rousseau, en su libro Emilio lo describe como un segundo nacimiento; “Nacemos, por así decirlo, en dos veces: una para existir y la otra para vivir. Una para la especie, y la otra, para el sexo.” (Dolto, F. 1991 p.36)

El libro “Psicología del desarrollo” de Hoffman también hace énfasis en la diferencia entre la pubertad, como proceso biológico de crecimiento no uniforme y adolescencia como proceso cultural. “Los cambios físicos de la magnitud experimentada por los adolescentes poseen un efecto significativo en cómo se sienten acerca de si mismos.” “Se comienzan a preguntar por su sexualidad, los estudios, la vocación, los amigos. Se dan cuenta que la transformación de sus cuerpos evocan en sus compañeros y en la sociedad nuevas expectativas y conductas.”(1996, p. 8)

Otro autor, Diane E. Papalia, complementa estas definiciones planteando que la tarea más importante de la adolescencia es la búsqueda de identidad. Además considera que esta comienza con el ímpetu de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual.

En esta etapa, es probable que el adolescente pierda la confianza en sí mismo, debido a que trata de encontrar su propia identidad y que con la llegada de los

cambios físicos, emocionales y sociales, también pueda perder la confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien.

Es así que, la adolescencia podría convertirse en una etapa cada vez más compleja y difícil de solucionar.

2.1 Definición de Adolescencia

Es importante para esta investigación profundizar en las perspectivas de la palabra Adolescente para poder hacer un taller que nos proporcione los elementos esenciales en suicidio, ahora bien abordaremos:

Uno de los antecedentes de la definición de la palabra adolescencia es

El primer psicólogo en formular una teoría de la adolescencia fue (G. Stanley Hall, 2009) “quien planteaba que los cambios físicos más importantes de esta etapa, causan cambios psicológicos importantes”. Los esfuerzos de los jóvenes para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio llevan a un periodo de tormenta y estrés, el cual es inevitable y del que emergerán moralmente más fuertes.

Hall (1904) describe a la adolescencia como un periodo de “tormentos y estrés inevitables”, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos. En acorde con el autor para los adolescentes es un martirio todo lo que les hacen sus autoridades (padres).

La adolescencia es un periodo de estrés constante en donde los jóvenes se encierran en ese círculo emocional. Por su parte, Freud “definió a la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión”. (Freud, 1905)

Estas dos definiciones nos dan apertura a tener una perspectiva psicológica de lo que ocurría en esta etapa de la adolescencia.

La “Etimología de la palabra adolescencia se deriva del termino la voz latina “adolesceré”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto se dice que la adolescencia es un etapa de transición que media entre la niñez y la edad adulta”.

(Hurlock, 1994). Menciona que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica.

La adolescencia se denomina al periodo de la vida humana que se extiende aproximada ente entre los 12,13 y los 20 años. Como refiere Broocks (1959) “es en el periodo donde las funciones reproductoras alcanzan la madurez y se presentan cambios físicos, mentales y morales los cuales se reproducen de forma simultánea”.

La adolescencia es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo. Otra definición para (Monroy de Velazco, 1990 citado en Camacho e Iniesta, 2003); “La adolescencia se considera un periodo de transición a la edad adulta, por lo cual es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos y psicológicos que son propios de la edad del individuo así como por factores sociales y culturales”.

A si mismo Larson y Wilson, (2004) “definen la adolescencia como una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales”. Cabe resaltar que los cambios que asume el adolescente varían en diversas formas y en diferentes entornos sociales, culturales y económicos.

2.2 Características de la Adolescencia

En nuestra cultura son muchas las características que se le atribuyen al período de la adolescencia, algunas de ellas fundamentadas en investigaciones y otras que provienen del conocimiento popular, sin embargo pareciera no ser del dominio público el cambio que se produce en esta etapa del ciclo vital en relación con el desarrollo cognoscitivo.

Cabe mencionar que la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo. Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma.

En la etapa de la adolescencia, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, este período inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen las características sexuales secundarias.

En este sentido, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consiente de sí mismo e intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Inclusive (Hurlock, 1994) señala que la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia.

Dentro de la formación el adolescente, aprende el rol personal y social; el adaptará al concepto de sí mismo para que se vaya forjando, así como el

concepto que tenga hacia los demás y comienza a buscar el status como individuo.

También en esta época es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia, debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los intereses sexuales.

Sin embargo lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades así mismo algunos jóvenes tienen problemas para manejar todos estos cambios y es posible que necesiten ayuda para superar los riesgos que encuentran a lo largo del camino.

Con respecto a las características físicas que presenta el adolescente se puede, decir que la pubertad implica cambios biológicos espectaculares y estos son parte de un proceso largo y complejo de maduración que comienza incluso antes del nacimiento, sus ramificaciones psicológicas pueden continuar hasta la adultez.

Sobre todo la pubertad es la época en la cual los órganos reproductores obtienen madurez funcional. La edad promedio de la llegada de la pubertad se da de los 12 a 13 años para las niñas y de los 14 a 15 años en los niños.

El desarrollo de la adolescencia varía en la edad de cada persona, así como la variante de los cambios físicos. Sin embargo (Harrocks, 1994) “refiere que los factores ambientales, así como los fisiológicos internos, parecen tener influencia sobre la edad en la que se presentará la pubertad en cada individuo”.

Igualmente la pubertad se asocia con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna las que tienen funciones específicas como el

estimular el crecimiento, ejercer influencias sobre las actividades metabólicas y regular la transformación física.

Cabe destacar que la glándula pituitaria produce dos hormonas que se relacionan con el desarrollo de la pubertad. Se trata de la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo y la hormona gonadotropina que se encarga de actuar sobre las gónadas las cuales se estimulan con mayor intensidad.

De la misma forma, las glándulas endocrinas cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales. Las gónadas femeninas son los ovarios y las masculinas son los testículos. Estas gónadas son estimuladas por la hormona gonadotropina, para que puedan desarrollarse adecuadamente en la pubertad.

Retomando lo anterior es importante agregar que las características biológicas de la adolescencia son principalmente: un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo muy rápido de los órganos reproductores y la presencia de los rasgos sexuales secundarios.

Como se ha mencionado, la adolescencia es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de reproducirse, es por eso que a continuación voy a resumir los cambios que conllevan la maduración sexual dentro del desarrollo de la etapa de la adolescencia.

Con respecto a la:

- Maduración sexual del hombre

Los hombres generalmente empiezan su crecimiento acelerado uno o dos años después que las mujeres.

Es decir, su patrón de crecimiento es muy distinto ya que los hombres se ensanchan más de las caderas y gran parte del tamaño del cuerpo aumenta en musculatura más que de grasa.

A su vez, el pene y el escroto aumentan su crecimiento aproximadamente a los 12 años y terminan de madurar tres o cuatro años más tarde. El pene se alarga y el glande se ensancha, y los testículos crecen. Un año y medio después de que el pene comienza a crecer se presenta la primera eyaculación, aunque la producción de espermatozoides inicia antes. Esta eyaculación pocas veces contiene espermatozoides fértiles.

De ahí, se presenta el crecimiento del vello púbico y a la par se desarrollan los genitales. Y mientras se va desarrollando la laringe y se alargan las cuerdas vocales, su voz se hace más profunda; el pelo en el pecho es la última característica en aparecer.

El siguiente punto es la:

- Maduración sexual de la mujer

El crecimiento acelerado en las niñas comienza aproximadamente a los 10 años.

Puesto que, sus proporciones van cambiando a medida que las caderas se ensanchan y el cuerpo se va llenando de grasa. A la mitad de los 10 años los pezones cambian, al mismo tiempo los ovarios, la vagina y el útero comienzan a madurar. También el vello púbico se aparece en la vagina y posteriormente en las axilas.

Es decir, la menarquía o primera menstruación se presenta después de que el estirón de crecimiento llega a su punto culminante. Cabe mencionar que la idea de que la menarquia indica que se ha alcanzado la madurez de las funciones reproductivas es errónea. No obstante, algunas adolescentes

pueden procrear poco después de que se presenta, casi la mitad no son fértiles hasta después de uno o dos años.

De esta manera se hacen notorios los cambios en la transición de la infancia a la pubertad en donde las características físicas y sexuales de un niño maduran y se presenta debido a cambios hormonales.

También cabe mencionar, que existen otros cambios fisiológicos como los que ocurren en la circulación, específicamente en el pulso, en la presión sanguínea y cambios en el metabolismo de respiración y energía. Uno de los aspectos más importantes del desarrollo fisiológico es la gran variación y fluctuación individual que ocurre.

Así mismo, el adolescente pasa por muchos ajustes fisiológicos, los cuales alcanzan la estabilidad en la edad adulta. “Por tal motivo, a la adolescencia se le puede considerar como un período de aprendizaje fisiológico” (Harrocks, 1994).

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

2.3 Desarrollo Cognoscitivo

En esta área se examina la etapa piagetiana de las operaciones formales, que posibilitan que un joven visualice un mundo ideal.

Sin embargo los adolescentes no sólo se ven diferentes de los niños menores; también piensan y hablan en forma diferente. Su velocidad de procesamiento de información continúa en aumento, aunque no de manera tan espectacular como en la tercera infancia. Aunque es posible que su pensamiento siga siendo inmaduro en algunos sentidos, muchos adolescentes tienen la capacidad de razonamiento abstracto y de sofisticados juicios morales; asimismo, pueden planear de manera más realista para el futuro.

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

Podemos agregar que en la etapa piagetiana, se hace énfasis en las operaciones formales en donde los adolescentes entran en lo que Piaget considera como el más alto nivel del desarrollo cognitivo en donde se desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto.

Cabe destacar que este desarrollo, ocurre aproximadamente a los 11 años de edad, en el cual se proporciona una manera nueva y más flexible de manipular la información. Al no estar limitados al aquí y ahora, los jóvenes pueden comprender el tiempo histórico y el espacio extraterreno.

Sin embargo los adolescentes pueden utilizar símbolos para representar símbolos. Si apelamos un ejemplo; donde la letra X representa un número desconocido y en consecuencia, pueden aprender álgebra y cálculo.

Así mismo, logran apreciar mejor las metáforas y alegorías y por consiguiente, pueden encontrar significados más profundos en la literatura. Además, consiguen pensar en términos de lo que podría ser, pueden imaginar posibilidades y someter a prueba las hipótesis.

Por otra parte la investigación neopiagetiana sugiere que los procesos de pensamiento en la adolescencia son más flexibles y variados. “El tipo de pensamiento que emplean los jóvenes, el cual está más vinculado con aquello en lo que piensan, al igual que con el contexto del problema, los tipos de información y el pensamiento que se considera importante en una cultura” (Case y Okamoto, 1996; Kuhn, 2006).

Aunque en otro sentido la teoría de Piaget no considera de manera adecuada avances cognitivos tales como; las ganancias en capacidad de procesamiento de información, acumulación del conocimiento, pericia en campos específicos, el papel de la metacognición, la concienciación, vigilancia de los propios procesos y estrategias mentales (Flavell et al., 2002).

La capacidad para “pensar en lo que uno está pensando” y, por consiguiente, para manejar los propios procesos mentales, es decir, una función ejecutiva mejorada, quizá sea el principal avance del pensamiento adolescente, el resultado de los cambios en el cerebro adolescente (Kuhn, 2006).

Así pues los adolescentes avanzan de seres egocéntricos cuyos intereses no se extienden más allá del pezón a convertirse en personas capaces de resolver problemas abstractos e imaginar sociedades ideales. Sin embargo, en algunos sentidos, el pensamiento adolescente parece extrañamente inmaduro. A menudo son groseros con los adultos, tienen problemas para

tomar decisiones sobre qué vestirán cada día y actúan como si todo el mundo girara alrededor suyo.

Según el psicólogo David Elkind (1984, 1998), “tal comportamiento se deriva de los intentos inexpertos de los adolescentes para utilizar el pensamiento de las operaciones formales”. Esta nueva manera de pensar, que fundamentalmente transforma el modo en que se ven a sí mismos y a su mundo, es tan poco familiar como la nueva forma de sus cuerpos y a veces se sienten igualmente incómodos utilizándolo.

Así mismo Elkind (1984, 1998) “hace énfasis en que los jóvenes pueden madurar por medio de la transición de las operaciones formales”. Por lo que los adolescentes comienzan a tener una visión más abstracta que les ayudara a la resolución de problemas.

Elkind (1984, 1998) sugiere que el pensamiento inmaduro de los adolescentes se manifiesta en seis características, las cuales propuso escribir y a continuación se explican:

1. Idealismo y tendencia a la crítica: a medida que los adolescentes imaginan un mundo ideal, se percatan de qué tan lejano se encuentra éste del mundo real, lo cual achacan a los adultos. Se vuelven extremadamente conscientes de la hipocresía; con la agudización de su razonamiento verbal, se deleitan con revistas y artistas del entretenimiento que atacan a figuras públicas con sátiras y parodias. Convencidos de que saben más que los adultos de cómo manejar al mundo, con frecuencia descubren defectos en sus padres y otras figuras de autoridad.

2. **Tendencia a discutir:** Los adolescentes buscan de manera constante las oportunidades de poner a prueba sus capacidades de razonamiento. Con frecuencia discuten a medida que organizan los hechos y la lógica para defender, digamos, su derecho a quedarse más tarde de lo que sus padres creen conveniente.
3. **Indecisión:** Los jóvenes pueden tener al mismo tiempo muchas alternativas en su mente y sin embargo, carecen de las estrategias eficaces para elegir entre ellas. Es posible que tengan problemas para decidirse incluso, sobre asuntos tan sencillos como si deben ir al centro comercial con un amigo o utilizar la computadora para trabajar en una tarea de la escuela.
4. **Aparente hipocresía:** Es frecuente que los adolescentes no reconozcan la diferencia entre expresar un ideal, como la conservación de energía, y hacer los sacrificios necesarios para alcanzarlo, como utilizar el automóvil con menos frecuencia.
5. **Autoconciencia:** Los jóvenes en la etapa de las operaciones formales pueden pensar acerca del pensamiento propio y el de otras personas. Sin embargo, en su preocupación con su propio estado mental, a menudo suponen que todos los demás están pensando al mismo tiempo justo en lo que ellos están pensando. Es posible que una adolescente se sienta mortificada si viste “la ropa incorrecta” para una fiesta, pensando que todos los demás deben estar viéndola de reojo.

Ahora bien, Elkind (1984, 1998) “denomina **audiencia imaginaria** a esta conciencia de uno mismo, un “observador” conceptualizado que está tan preocupado con los pensamientos y conductas de la persona joven, como ella

lo está”. La fantasía de la audiencia imaginaria es particularmente fuerte en la temprana adolescencia, pero persiste en menor grado en la vida adulta.

6. Suposición de singularidad e invulnerabilidad: Elkind (1984, 1998) “utiliza el término de fábula personal para denotar la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo”. Esto se puede ejemplificar de la siguiente manera: “Otras personas caen en la adicción a las drogas, pero no yo” o “Nadie ha estado tan profundamente enamorada como yo”.

No obstante, esta forma especial de egocentrismo subyace a muchos comportamientos riesgosos y autodestructivos, así mismo, tal como la audiencia imaginaria, la fábula personal continúa en la adultez.

Los adolescentes consideran sus experiencias personales como únicas, incomprensibles e incommunicables a otras personas. “Podemos incluir que la fábula personal, es lo que persuade a muchas personas a asumir riesgos cotidianos como conducir un automóvil, a pesar de las estadísticas sobre mortalidad en accidentes viales”. (Elkind, 1984-1998).

En resumen los conceptos de la audiencia imaginaria y de la fábula personal han sido ampliamente aceptados por lo que se ha sugerido que la audiencia imaginaria y la fábula personal, en lugar de constituir aspectos universales del desarrollo cognitivo de los adolescentes, quizá se relacionen con experiencias sociales específicas.

2.3. Desarrollo del lenguaje

Otro punto a retomar durante el desarrollo cognitivo de la adolescencia, es el desarrollo del lenguaje en donde el uso del mismo refleja el nivel de desarrollo cognitivo. Por otra parte los escolares son bastantes competentes cuando utilizan el lenguaje, pero la adolescencia trae consigo refinamientos adicionales y el vocabulario continua aumentando a medida que los materiales de lectura se vuelven adultos.

Lenguaje se entiende en sentido general como “la capacidad global del hombre para simbolizar la realidad, desarrollar el pensamiento y comunicarse a través de cualquier medio” (Correa, 2005). El lenguaje deviene de una facultad simbólica general del ser humano, que consiste en crear sistemas de signos, comprenderlos y usarlos.

“Gracias al lenguaje, el sujeto puede hablar de sí, saber de su existencia y diferenciarse del medio; en definitiva construir su subjetividad e identidad personal y social” (Garza: 2004). Como dice el autor el lenguaje es importante para que el ser humano se pueda comunicar con su entorno.

Vale la pena decir que de los 16 años a los 18 años de edad, la persona joven, conoce cerca de 80,000 palabras (Owens, 2006). De esta manera el adolescente ya tiene un amplio vocabulario para poder entablar una conversación.

(Rodriguez, 2017) “Los adolescentes comienzan a comprender lo abstracto, lo que dota al lenguaje de mayores posibilidades y adquieren una mayor conciencia de que las palabras son símbolos dotados de significados”.

De acuerdo a lo mencionado por la autora las posibilidades de expresión con el lenguaje son infinitas. Comprenden ya determinadas sutilezas del lenguaje que antes no entendían.

Es considerable que la estimulación del lenguaje en esta etapa se debe realizar mediante incentivar la lectura, dejar que el adolescente se exprese de manera verbal y escrita e integrarlos a conversaciones con los adultos esto le ayudara a tener un mejor lenguaje. (Ruiz 2017,) En esta etapa es importante la estimulación, ya que es el periodo de paso al mundo adulto y han de tener destrezas de manejo lingüístico.

También los adolescentes se vuelven más hábiles en asumir perspectivas sociales, que es la capacidad para adaptar su discurso al nivel de conocimiento y punto de vista de otra persona, dicha capacidad es esencial para persuadir e incluso para la conversación educada. “Conscientes de su audiencia, los adolescentes hablan un lenguaje diferente con sus pares que con los adultos” (Owens, 2006)

Por lo que el lenguaje adolescente es parte del proceso de desarrollar una identidad independiente de los padres y del mundo adulto.

Al crear expresiones tales como “¿va?” y “¡es lo máximo!”, los jóvenes utilizan su recién encontrada capacidad para jugar con las palabras a fin de “definir su perspectiva generacional única sobre los valores, gustos y preferencias” (Elkind, 2008).

Resumiendo lo anterior es importante decir que el vocabulario y otros aspectos del desarrollo del lenguaje, en especial aquellos relacionados con el pensamiento abstracto, como asumir perspectivas sociales, mejoran en la

adolescencia. Por lo que los adolescentes disfrutaban de los juegos de palabras y de crear su propio dialecto.

2.4 Desarrollo Moral

En cuanto al desarrollo moral es importante tener en cuenta que a medida que los niños crecen y alcanzan niveles cognitivos superiores, adquieren la capacidad de razonar de manera más compleja sobre temas morales.

Cabe resaltar que Kohlberg (2009) “describió tres niveles de razonamiento moral de la adolescencia el cual lo dividido cada uno en dos etapas”:

Niveles y etapas de Kohlberg

- **Nivel I moral preconvencional:** Hace énfasis a que las personas actúan según controles externos por lo cual obedecen reglas para evitar castigos u obtener recompensas o actúan por interés propio. Este nivel es típico de los niños de 4 a 10 años.

- **Nivel II moral convencional (o moral de conformidad al rol convencional):** Se refiere a como las personas han internalizado las normas de las figuras de autoridad y es así que se preocupan de ser “buenos”, de complacer a otros y de mantener el orden social. Es típico que este nivel se alcance luego de los 10 años de edad; muchas personas nunca pasan más allá de él, incluso en la adultez.

- **Nivel III: moral posconvencional (o moral de principios morales autónomos):** Con respecto a, las personas reconocen conflictos entre las normas morales y realizan juicios con base en los principios de derecho,

equidad y justicia. En general, la gente no llega a este nivel de razonamiento moral hasta, cuando menos, la temprana adolescencia o, más comúnmente, en la adultez joven, en todo caso.

Posteriormente, Kohlberg añadió un nivel transicional entre los niveles II y III, donde las personas ya no se sienten limitadas por las normas morales de la sociedad, pero aún no han razonado sus propios principios de justicia. En lugar de ello, basan sus decisiones morales en sentimientos personales.

En la teoría de Kohlberg, el razonamiento que subyace a la respuesta de una persona ante un dilema moral, y no la respuesta en sí, es lo que indica la etapa de desarrollo moral.

Vale destacar que algunos adolescentes, e incluso algunos adultos, permanecen en el nivel I de Kohlberg. Como ocurre con los niños pequeños, buscan evitar el castigo o satisfacer sus necesidades.

Por otra parte la mayoría de los adolescentes y adultos parecen estar en el nivel II, en el cual se conforman a las costumbres sociales, defienden el statu quo y hacen lo “correcto” para complacer a los demás u obedecer la ley. El razonamiento por defender las normas sociales es menos común, pero aumenta de la adolescencia temprana a la adultez.

“A menudo, los adolescentes muestran periodos de desequilibrio aparente, donde avanzan de un nivel a otro” (Eisenberg y Morris, 2004). Se basan en otros sistemas éticos, como los preceptos religiosos, en lugar de alcanzar el sistema basado en la justicia que menciona Kohlberg.

Kohlberg (Thoma y Rest, 2009) “dice que las personas puedan desarrollar una moral totalmente basada en principios (nivel III), que se basan en reconocer la relatividad de las normas morales”. Hay que tener en cuenta que muchos jóvenes cuestionan sus anteriores perspectivas morales al entrar a la educación media superior o universidad, o al mundo del trabajo, y cuando encuentran personas cuyos valores, culturas y antecedentes étnicos son diferentes de los propios.

Aun así, muy pocos individuos alcanzan un nivel donde puedan elegir entre normas morales discordantes. De hecho, en algún momento Kohlberg cuestionó la validez de la moral que se basa en principios éticos universales, debido a que muy pocas personas parecían alcanzarla.

Posteriormente (Kohlberg y Ryncarz, 2000). “Propuso una séptima etapa cósmica, en la que las personas consideran el efecto de sus acciones no sólo sobre los demás, sino en el universo total”. Inclusive una razón por la que las edades relacionadas con los niveles de Kohlberg, son tan variables es que las personas que han alcanzado un alto nivel de desarrollo cognitivo no siempre alcanzan un nivel comparable en desarrollo moral. Un cierto nivel de desarrollo cognitivo es necesario, pero no suficiente, para un nivel comparable de desarrollo moral.

En consecuencia, deben estar implicados otros procesos aparte de la cognición, se puede decir que la parte emocional también es parte del desarrollo moral. “Algunos investigadores sugieren que la actividad moral está motivada no sólo por las consideraciones abstractas de la justicia, sino también por emociones como empatía, culpa y angustia, así como por la internalización de normas prosociales” (Eisenberg y Morris, 2004).

2.5 Comportamiento prosocial y voluntariado

En este subtema se hablara acerca del comportamiento que el adolescente va generando durante este proceso de desarrollo personal y social.

“El razonamiento moral de los adolescentes es más sofisticado y muestra mayor preocupación por los demás que el de los niños pequeños, es típico que el comportamiento prosocial aumente de la infancia a la adolescencia” (Eisenberg y Morris, 2004). Durante el transcurso del desarrollo social en los adolescentes estos se dirigen a beneficiar a otros incluyendo conductas positivas que llevan a cabo con su entorno social.

Cabe destacar que las mujeres tienden a manifestar un comportamiento prosocial de esta manera incluyen la ayuda, el compartir, la colaboración y el apoyo a las personas. “Las niñas muestran más las conductas prosociales que los varones y esta diferencia es más notable en la adolescencia”. (Fabes, 2008).

Recapitulando lo escrito acerca del desarrollo cognoscitivo, puedo enfatizar que en conjunto del desarrollo cognitivo, desarrollo moral, desarrollo del lenguaje, el comportamiento prosocial y voluntariado son fundamentos para el proceso del mismo.

Ya que los adolescentes durante el transcurso de esta etapa llevan a cabo tendencias hacia el altruismo y por ende la empatía aumenta, por lo que los jóvenes son más capaces que los niños pequeños de asumir la perspectiva de otra persona, resolver problemas sociales, lidiar con relaciones

interpersonales y verse a sí mismos como seres sociales. Lo que conlleva que todas estas tendencias, fomentan el desarrollo cognoscitivo.

2.6 Desarrollo Emocional

En este tema se dará una explicación acerca de la importancia del desarrollo emocional en la adolescencia.

(Bisquerra, 2019) Define emoción como un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. De acuerdo con este mecanismo, en general hay bastante acuerdo en considerar Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno

Los adolescentes se enfrentan a la difícil tarea de formarse un sentido de identidad. Los que son y lo que les hace únicos. Según la Asociación Estadounidense de Psicología (2002), la identidad está formada por dos componentes:

- **Auto-concepto:** Un conjunto de creencias sobre uno mismo, que incluye los objetivos, roles, intereses, valores y creencias religiosas o políticas.
- **Autoestima:** Cómo se siente la persona acerca de su auto-concepto.

Los adolescentes desarrollan un sentido de identidad experimentando con distintas maneras de presentarse, sonar y comportarse.

Los adolescentes también tienen que llevarse bien con otros y hacer amigos. Para ello, tienen que conquistar algunas habilidades clave:

- Reconocer y manejar las emociones
- Desarrollar empatía

- Aprender a resolver conflictos de manera positiva
- Aprender a cooperar

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

Por lo tanto, las emociones que se presentan comúnmente en los adolescentes son:

- Miedo
- Preocupación
- Ansiedad
- Ira
- Disgusto
- Frustración
- Celos
- Envidia
- Curiosidad
- Afecto
- Pesar
- Felicidad

Cabe resaltar que toda experiencia que se vive acompañada de una emoción intensa, puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. “La incidencia puede ser favorable o desfavorable; las consecuencias desfavorables de las emociones desagradables, pueden ser destructivas, por lo tanto, es necesario que estén

controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social” (Bergner, 2011)

El estar expuesto a una constante tensión emocional, que surge de la inadecuación personal o de condiciones ambientales que no son adecuadas, mantiene al adolescente excitado y dispuesto a responder excesivamente frente a cualquier situación.

Es decir, que se convierte en una persona inadaptada, e ineficaz, lo cual puede conducir a tener una salud deficiente tanto en el aspecto físico como en el mental, así como, adoptar conductas de riesgo como el consumo de drogas e ideación o conductas suicidas.

2.7 Desarrollo Psicosocial

En este capítulo se abarca el conocimiento y la consideración del grado de desarrollo psicosocial del adolescente, ya que no solo son importantes para supervisar que su crecimiento y desarrollo se estén dando de manera normal, sino que tendrán una incidencia determinante en los diversos aspectos de su persona. Cabe mencionar que en la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.

Es importante resaltar que las características del desarrollo psicosocial en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales.

Por otra parte (Borja, 2008) “menciona que se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social, y que alcance el estatus primario, asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales”. Referente a lo dicho por el autor, el joven procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.

En la adolescencia temprana se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo.

Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras.

(Delgado, 2008) Las pertenencias a grupos desempeñan variadas funciones, siendo estas las principales:

- Proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad.
- Aprender a controlar su conducta social.
- Adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- Compartir problemas y sentimientos comunes.

En la adolescencia el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia, es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos

Lo óptimo es que se desarrolle una independencia flexible, es decir que el joven concilie un rol definido, pero al mismo tiempo autónomo, que le permita

contrastar sus valores. Esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización.

(Tovar, 2007) Menciona que “Si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia a los pares o a determinados grupos a quienes imitará y a los cuales se someterá”. Retomando lo dicho por el autor el rechazo en un grupo social para el adolescente puede ser fatal y eso conlleva a emociones negativas que implican sentimientos desagradables para el adolescente.

Por consiguiente una de las tareas principales dentro del desarrollo psicosocial que se presentan en la adolescencia es la formación de la identidad, que es un sentido coherente de individualidad que se forma a través de la personalidad y de las experiencias del adolescente.

Por su parte (Páez, 2008) dice que “ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, puesto que la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas”. Así mismo el desarrollo psicosocial es un proceso que se va formando de manera única en cualquier persona bajo las circunstancias de la misma manera.

Se hace énfasis a que el desarrollo social de cualquier adolescente, es probable que se vea muy influido por la naturaleza de su comunidad, como: El estatus socio-económico, las redes de apoyo, la escuela, los grupos y/o organizaciones religiosas y los medios de comunicación.

Retomando lo anterior es importante mencionar que dentro del desarrollo psicosocial, la psicología de la adolescencia aborda una de las etapas más críticas y decisivas del ciclo vital humano. Frontera entre la niñez y la vida adulta, es una etapa que se estudia desde aspectos diversos en este caso pudimos describir el aspecto psicosocial en la adolescencia, pero todo el

mundo está de acuerdo en que el periodo de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad.

2.8 Búsqueda de Identidad

Erikson (2000) “define la búsqueda de identidad como una concepción coherente del yo formada por metas, valores y creencias con los que la persona se compromete de manera firme, enfocándose durante los años adolescentes”. Quizás la tarea más importante de la adolescencia consiste en la búsqueda (o más bien la construcción) de la propia identidad; es decir, la respuesta a la pregunta ¿quién soy en realidad?

En otro sentido el desarrollo cognitivo de los adolescentes ahora les permite construir una “teoría del yo” (Elkind, 2008). La cual está a cargo de desarrollar mecanismos que permitan la obtención del mayor placer posible, pero dentro de los límites que la realidad imponga.

Como enfatizó Erikson (2000), el esfuerzo por darle sentido al yo es parte de un proceso sano que se construye sobre las bases de los logros conseguidos en etapas anteriores (la confianza, la autonomía y la iniciativa) y que coloca los cimientos para enfrentarse a los retos de la vida adulta. Dichos logros sirven de modelo y de referencia para actuar y evaluar la conducta que se está desarrollando.

Sin embargo, es raro que la crisis de identidad se resuelva por completo durante la adolescencia; las cuestiones relacionadas con la identidad surgen una y otra vez a lo largo de la adultez

Resumiendo la teoría de Erik H. Erikson nos hace hincapié a que el concepto de desarrollo psicosocial se refiere básicamente a cómo se desarrolla la interacción de la persona con su entorno, la cual se va construyendo por unos cambios fundamentales en la personalidad del ser humano, en este caso del adolescente.

2.9 Identidad versus confusión de identidad

Esta etapa se va a suceder en plena adolescencia, de los 13 a los 21 años de edad aproximadamente.

(Saldarriaga, 2014) El sujeto experimenta la búsqueda de su identidad personal y sufrirá una crisis de la misma. Lo importante de esta etapa es que es aquí cuando se dará el momento de cristalización de la identidad y el sujeto se juega a conseguir esa cristalización de identidad o por el contrario, una difusión de la misma, viviendo una crisis antes de saberlo que reavivará los conflictos de las etapas anteriores.

La respuesta a esa dualidad se da en función a cómo responda el sujeto a la pregunta '¿quién soy yo?', de esta forma se intuye cómo es el adolescente. Los padres se verán en la difícil tarea de enfrentar situaciones nuevas en relación a su hijo, y de seguirle orientando de la mejor forma posible.

La tarea principal de la adolescencia, dijo Erikson (1968), “es enfrentarse a la crisis de identidad versus confusión de identidad (o de identidad versus confusión de rol)”. El adolescente se enfrenta a esa crisis con la finalidad de

convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad.

Según Erikson, la identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres cuestiones principales:

- La elección de una ocupación
- La adopción de los valores con los que vivirán
- El desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

Como adolescentes, necesitan encontrar formas constructivas de utilizar estas cuestiones, cuando a los jóvenes se les dificulta decidir su identidad ocupacional o cuando sus oportunidades se encuentran limitadas.

Por su parte, Marcia (1980, citado en Hoffman 2006) basándose en la teoría de Erikson, “propuso cuatro estados, o modos de formación de la identidad, los cuales pretenden determinar si el adolescente pasó por un período de toma de decisiones denominado crisis de identidad” Cabe mencionar que esta formación de identidad va dirigida al compromiso serio que el adolescente va formando durante su desarrollo.

Dichos estados son:

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

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

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

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

También en la adolescencia los jóvenes pueden explorar diversos campos, tratar de encontrar algo que encaje con sus propias necesidades, intereses, capacidades y valores ya que todas las decisiones que se tomen contribuirán a forjar su identidad.

Por el contrario se debe tener en cuenta que los factores socioeconómicos también juegan un papel importante en la formación de ésta identidad.

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

Como se mencionó anteriormente, parte de la formación de la identidad implica cierto grado de separación de la familia. En este periodo de separación, los

adolescentes acuden a su grupo de amigos, quienes les proporcionarán apoyo, que hace posible su autonomía así mismo el que puedan experimentar y satisfacer sus necesidades emocionales.

Desde otra perspectiva la presencia del fenómeno grupal en esta etapa, tiene gran importancia y trascendencia ya que responde a la búsqueda que el adolescente hace de una nueva identidad, es un periodo de importantes cambios, en los llamados núcleos de pertenencia: principalmente en la familia. “El lazo grupal, le provee de todo lo que él desea encontrar, ya sea seguridad, reconocimiento social, un marco efectivo y medio de acción, es decir, un espacio vital, en donde no esté presente el dominio de los adultos” (Rodríguez, 1994 citado en Alcántar, 2002).

2.10 Sexualidad

El siguiente punto es la sexualidad en la adolescencia el cual iniciara con una definición de la misma.

Para la (OMSS, 2011) “La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psico-afectivas que caracterizan cada sexo”. Retomando lo anterior se puede agregar que existe un vínculo emocional y de conducta sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Por otra parte la sexualidad es el diálogo entre la naturaleza y la cultura en torno a la diferencia, por lo cual es necesario para el ser humano realizar aprendizajes para hacerse hombre o mujer y para aprender a ser en relación.

Aunque nacemos definidos como masculino y femenino, los aprendizajes que nos diferencian y que vamos a denominar sexualidad dependen de las orientaciones que se le ofrezcan a los dinamismos de lo masculino y lo femenino. “Esa orientación de la diferencia podemos denominarla: construcción de identidad” (Rodríguez, en Ideo, 2000).

Por lo cual la conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad y afecta la autoimagen y las relaciones de manera profunda. Aunque este proceso se ve impulsado en sentido biológico, su expresión se define, en parte, en forma cultural.

Las finalidades de la sexualidad son diversas y consideran la comunicación, el amor, las relaciones afectivas con otras personas, el placer y la reproducción. Por lo que la cultura influye de manera definitiva en la manifestación de la sexualidad, a través de las diferencias de género.

- **Orientación sexual e identidad**

A continuación se hablara del tema orientación sexual e identidad el cual se inicia con una definición.

Según la (APA, 2006) “La orientación sexual es una atracción afectiva, romántica, sexual o emocional permanente hacia otros”. Para esto es importante distinguirla del sexo biológico, el rol social del sexo (normas culturales de lo femenino y lo masculino) y la identidad sexual.

Por otro lado, en relación a la conducta sexual, las personas pueden o no expresar su orientación a través de la misma “La orientación sexual puede ser heterosexual exclusiva, homosexual exclusiva (a quienes se suele denominar gay, tanto a mujeres como a hombres, o lesbiana) o también encontramos variadas formas de bisexualidad” (Myers, 2006).

La orientación sexual tiene que ver con quiénes te atraen y con quiénes quieres tener una relación romántica, emocional y sexual. Es diferente de la identidad de género. La identidad de género no se relaciona con quién te atrae, sino con quién eres: hombre o mujer.

Esto significa que ser transgénero (sentir que tu sexo asignado es muy diferente del género con el que te identificas) no es lo mismo que ser gay, lesbiana o bisexual. La orientación sexual tiene que ver con quién quieres estar, mientras que la identidad de género se relaciona con quién eres.

- **Desarrollo de la identidad homosexual y bisexual**

A pesar de la creciente aceptación de la homosexualidad muchos adolescentes que se identifican abiertamente como gay, lesbianas o bisexuales se sienten aislados en un ambiente hostil. Pueden verse sujetos a la discriminación e incluso a la violencia.

“Los adolescentes pueden sentirse reacios a declarar su orientación sexual, incluso ante sus padres, por temor a una fuerte desaprobación o a una ruptura en la familia” (Hillier, 2002). Puede ser que se les dificulte conocer e identificar parejas potenciales de su mismo sexo.

No existe una ruta única en el desarrollo de la identidad y conducta gay, lésbica o bisexual. “Debido a la falta de maneras socialmente aceptadas de explorar su sexualidad, muchos adolescentes homosexuales experimentan una confusión de identidades” (Sieving, Oliphant y Blum, 2002).

Los jóvenes gay, lesbianas y bisexuales que no pueden establecer grupos de pares que compartan su orientación sexual pueden tener dificultades en reconocer atracciones hacia miembros del mismo sexo (Bouchey y Furman, 2003)

Un modelo del desarrollo de la identidad sexual gay o lésbica propone la siguiente secuencia:

- 1) Concienciación de atracción hacia el mismo sexo iniciándose entre los 8 y 11 años de edad.
- 2) Conductas sexuales homosexuales de los 12 a 15 años de edad.
- 3) Identificación como gay o lesbiana de los 15 años a 18 años de edad.
- 4) Revelarse ante los demás de los 17 años a 19 años de edad.
- 5) Desarrollo de relaciones románticas con personas del mismo sexo de los 18 a los 20 años de edad.

Sin embargo, es posible que este modelo no refleje de manera fiel la experiencia de hombres gay más jóvenes, muchos de los cuales pueden sentirse más libres que en el pasado de declarar su orientación sexual en forma abierta; de mujeres lesbianas o bisexuales.

(Diamond, 2000) “dice que el desarrollo de la identidad sexual puede ser más lento, más flexible y más asociado con factores emocionales y situacionales” Esto hace referencia a como la sociedad genera estereotipos acerca de la identidad sexual.

- **Conducta sexual**

Para (Vasco, 2016) La conducta sexual se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en grupo.

El beso, las caricias, el coito vaginal o anal, la masturbación, el sexo bucal, las fantasías o la combinación de varios de ellos, son algunas de las conductas sexuales más comunes.

Por comportamientos de riesgo se entienden aquellas prácticas que aumentan el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

- **Toma de riesgos sexuales**

Dos preocupaciones graves relacionadas con la actividad sexual adolescente son el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y, en el caso de la actividad heterosexual, el embarazo.

(Rodriguez, 2017) “Son aquellas enfermedades infecciosas que se transmiten a través de determinadas conductas o prácticas sexuales” Estas son enfermedades, es decir, alteraciones de la salud, algunas pasan casi inadvertidas o producen pocos trastornos y otras dan unos síntomas más graves.

Estas enfermedades tienden a transmitirse de una persona a otra mediante el contacto directo con una zona infectada “Aquellos que se encuentran en mayor riesgo son los jóvenes que inician su actividad sexual de manera temprana,

que tienen parejas múltiples, que no usan métodos anticonceptivos de manera regular y que cuentan con una información inadecuada o errónea acerca del sexo” (Abma 2007).

- **Enfermedades de Transmisión Sexual**

El haber padecido alguna de las ETS con anterioridad o bien que tu pareja las haya padecido implica un riesgo en la realización de algunas de las conductas sexuales, sobre todo si no se toman las medidas adecuadas.

(Sedicias, 2019) Dicha Dra., menciona que se conocen aproximadamente 20 infecciones diferentes que se transmiten por contacto sexual.

Aquí hay algunas descripciones de algunas de las más comunes y conocidas:

- Clamidia: Es una infección común causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*.
- Gonorrea: Es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que puede crecer rápido y multiplicarse fácilmente en las áreas húmedas y tibias del aparato reproductor.
- Herpes genital: Es una infección contagiosa causada por el virus del herpes simple.
- VIH/SIDA: El VIH, o virus de inmunodeficiencia adquirida humana, es el virus que causa el SIDA.
- Virus del papiloma humano (HPV por sus siglas en inglés): Infección que tiene la capacidad de producir verrugas genitales, infectar otras zonas del cuerpo, incluidas la boca y la garganta, y causar cáncer de cuello uterino, vulva, pene y boca, varía según los tipos de HPV.

- Sífilis: Dicha infección es causada por la bacteria *Treponema pallidum*, se transmiten de persona a persona durante el acto sexual vaginal, anal u oral mediante el contacto directo con las úlceras llamadas chancros.
- Vaginosis bacteriana: Es una infección vaginal común, posiblemente de transmisión sexual, que se presenta en mujeres en edad reproductiva
- Tricomoniasis: La infección es causada por el parásito protozoario unicelular *Trichomonas vaginalis* y es común en las mujeres jóvenes sexualmente activas.
- Hepatitis viral: Es una enfermedad hepática grave que puede ser causada por diferentes virus, que pueden transmitirse por contacto sexual.

Recopilando la información acerca de la adolescencia y lo dicho por los autores quiero mencionar que durante el desarrollo de la pubertad, el adolescente entra en una etapa de búsqueda de identidad y pérdida de la imagen corporal de niño, para adaptarse a su nueva imagen corporal de adulto, lo cual definirá el resto de su vida.

En esta evolución física, el adolescente no desea ser visto como niño, lo siente como una devaluación. El inicio de la menstruación y de la producción de semen, es una etapa nueva y desconocida, que altera el equilibrio emocional del adolescente y que provoca que se empiecen a tomar decisiones acerca de su sexualidad, como es el uso de los preservativos, de los anticonceptivos, e incluso pensar en la procreación. En el desarrollo cognitivo y emocional. Surgen nuevos valores e inquietudes, como su capacidad de juicio crítico, el cual lo enfoca hacia su familia y su sociedad; piensa en sus ideales y su lucha por lograrlos; se enfrenta a nuevas responsabilidades y desarrolla su capacidad de decisión ante el amor y la amistad; busca unirse a grupos sociales afines (sentido de pertenencia); lucha con el manejo y control de la

libertad; el matrimonio o la unión libre; y continúa con su proceso educativo. Mostrará hostilidad y desconfianza en la sociedad cuando ésta, no lo comprenda en sus cambios y adaptaciones.

CAPITULO III.

EL SUICIDIO Y SUS INTERPRETACIONES TEÓRICAS

En este apartado vamos a describir algunas de las teorías más relevantes entorno al suicidio que intentan explicar este contradictorio comportamiento humano de la autodestructividad.

En el siglo XX el suicidio es un ejemplo donde los factores psicológicos, ambientales y genéticos parecen necesarios para que se dé el fenómeno suicida. Sin embargo, estos elementos son insuficientes por separado a la hora de dar una explicación adecuada, debido a las lagunas conceptuales y metodológicas que presentan. (García, 2006)

3.1 Teoría Biológica

(Bobes García, 1994) “Las teorías biológico-genetistas plantean si existe una herencia específica al desarrollo de determinadas enfermedades mentales que puedan llevar al suicidio”. Incluso también han llegado a preguntarse si la propia inclinación suicida está ya escrita en la dotación genética de algunas personas.

Aun cuando los resultados experimentales no son concluyentes, diversos estudios bioquímicos demuestran que un número considerable de las personas que se suicidan tienen marcados desequilibrios en ciertas sustancias presentes a nivel cerebral los neurotransmisores y que tienen que ver con el estado de ánimo del sujeto.

3.2 Teoría cognitivo-conductual

(Freeman y Reinecke, 1995) “Cada persona tiene una determinada estructura cognitiva que ha ido construyendo a la largo de su vida, basada en la concepción que tiene de sí mismo y de su entorno”. Esto da lugar a una forma única y personal de entender y valorar la existencia humana.

Esta estructura comienza a edificarse ya en los primeros años de vida a manera de pilares sobre los cuales se construye toda la estructura cognitiva de la persona. Son los denominados esquemas cognitivos.

Los esquemas cognitivos son estructuras cognitivas inconscientes que se encargan de sostener todo el sistema de valores de la persona y son capaces de provocar todo un repertorio de pensamientos automáticos.

Para que lo entendamos de una manera más sencilla, los esquemas cognitivos son las reglas y presunciones no manifiestas con las que vivimos y que nos ayudan a evaluar con efectividad todas las circunstancias que nos rodean, que se establecen en la primera infancia fundamentalmente por la interrelación con las figuras referenciales (generalmente los padres o personas significativas) y que se definen y consolidan mediante nuestra propia experiencia lo largo de la vida.

La fortaleza de los esquemas sobre el individuo y por lo tanto la dificultad de modificación de los mismos va a depender de muchos factores:

- Internalización muy temprana.

- La adherencia a los esquemas.
- La falta de confrontación de los esquemas propios con los esquemas de otros individuos.

Respecto a las conductas suicidas, los esquemas suelen centrarse en temas específicos de vulnerabilidad ante la pérdida y el abandono. Estos esquemas pueden permanecer latentes durante mucho tiempo en el individuo, sin manifestarse, pero pueden ser activados por diferentes estresores, por ejemplo ante una pérdida.

Por lo tanto, el suicida suele caracterizarse por manifestar una rigidez cognitiva que le impide generar y evaluar soluciones o perspectivas alternativas y diferentes a sus propios esquemas. No es de extrañar que este individuo contemple el suicidio como única salida posible.

3.3 Teoría psicodinámica

Desde esta perspectiva, la base de la conducta suicida hay que situarla desde el punto de vista de un narcisismo patológico, recogido en el DSM IV como un trastorno de la personalidad.

Para esta persona la muerte es contemplada como una liberación de los conflictos que le rodean y que le impiden ser feliz. No es la solución ideal, pero es solución al fin y al cabo ante determinados deseos que no puede satisfacer ni restaurar (muerte de un ser querido, rupturas afectivas, etc.).

Estos deseos insatisfechos generan en el individuo una serie de sentimientos negativos de odio, rencor, agresividad, hacia sí mismo y hacia los demás, que

no es capaz de expresar y canalizar adecuadamente. Morir es menos doloroso que seguir viviendo. Y la propia muerte es una forma de autocastigo y una forma de castigar a los demás.

3.4 Teoría Sociológica

Para el sociólogo Emile Durkheim es en las características de las instituciones, en las costumbres, en las ideologías y en la propia cultura y sistema económico en donde hay que buscar la explicación a la conducta suicida.

Por lo tanto, tanto la explicación biológica como la psicológica pierden todo su protagonismo. Cuatro son los “tipos” de suicidios desde esta perspectiva sociológica:

a) El suicidio egoísta: tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para hacer que el suicida valore en toda su dimensión su propia vida y se comprometa a salvaguardarla. En ausencia de esa presión social, el suicida queda libre de llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Es una forma de suicidio que suele darse más en sociedades modernas en las que la dependencia a la familia o al clan es menor que en las sociedades tradicionales. Esta falta de dependencia permite explicar por qué los solteros son más vulnerables al suicidio que los casados y por qué en las comunidades rurales, más costumbristas y con más cohesión familiar y social, los suicidios son menos abundantes.

b) El suicidio anómico: tiene lugar cuando la integración del individuo en la sociedad está alterada. Se da en sociedades en las que las instituciones y demás estamentos se hallan en proceso de desintegración o anomia, y en las

que los individuos compiten permanentemente unos con otros. La inestabilidad social y la pérdida de valores suelen explicar este tipo de suicidio.

c) El suicidio altruista: tiene lugar cuando la persona considera que su propia muerte se traduce en un beneficio para los otros. Se produce el sacrificio en base a un imperativo social interiorizado. Durkheim ilustra este tipo de suicidio con el ejemplo de algunos pueblos celtas, en los que llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando ya eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos. Otro ejemplo sería el comandante que no quiere sobrevivir a la pérdida de su embarcación.

d) El suicidio fatalista: se produce en aquellas sociedades e instituciones en las que las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado estrictas y férreas, reglas que no les permiten concebir la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Como ejemplo, basta recordar las sociedades esclavistas, las dictaduras y los campos de concentración.

3.5 Teoría Psicoanalítica

El punto de vista psicoanalítico se basa primordialmente en el concepto de depresión que plantea Freud así como en su postulación de la existencia de un instinto de muerte.

La visión del suicidio para (Shekel S.F) “lo define como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada” Esto hace referencia a que nadie se mata así mismo a menos que desee la muerte del otro.

En su obra *Duelo y Melancolía* (1917) Freud define a la melancolía como “una afección donde la pérdida de objeto es inconsciente, mientras que en el duelo, la pérdida de objeto sería consciente”. Debido a ello declara que ningún neurótico experimenta impulsos suicidas que no sean impulsos homicidas, primero orientados hacia otras personas y posteriormente contra el yo.

Por tal motivo, Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos: a uno le llamó “instinto de vida, Eros o impulso sexual”; al otro lo llamó “instinto sexual de muerte, Thanatos o impulso agresivo o destructivo.

Dichos impulsos se manifiestan durante el período de desarrollo por fijación a las zonas oral, anal y fálica.

También mencionó que el instinto de muerte, es en esencia conservador y no busca nuevas experiencias sino que trata de encontrar un estado de completo reposo.

El instinto de muerte por lo tanto, busca el pasado y tiende hacia el eterno descanso; y dicha tendencia puede encontrar su expresión en el suicidio.

Otra contribución dentro de la teoría psicoanalítica son las observaciones generales de (Adler, 1895) sobre el suicidio, las cuales se mencionan a continuación:

- Las tendencias suicidas, como la depresión a la que se relacionan estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde la infancia temprana, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas.

- El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando el mismo se lesiona. Ocasionalmente, el suicidio se combina con la agresión abierta, como en los casos en que va precedido de homicidio. El suicidio puede tomarse como un acto de venganza o reproche. En este sentido, se parece también a la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas, que constituyen formas de ataques contra las personas a quienes imponen pena y cuidado.
- Hay personas suicidas a las que no es posible describir sino como personas bien adaptadas. Las situaciones en las que la persona “relativamente sana” puede ver al suicidio como el único camino o la única salida son: sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo de que se descubran actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas.

Por último (Mondragón, 2000), agrega que partiendo de las ideas del psicoanálisis, llega a la conclusión de que el suicidio surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, lo cual origina una conducta autodestructiva; la agresión aparece con una especial ambigüedad posesión destrucción.

3.6 Teoría Psicosocial del Estrés

Esta perspectiva, que se ha utilizado para comprender los mecanismos psicológicos del suicidio, parte de la comprensión del modelo psicológico del estrés, comprendido como tensión sostenida con efectos negativos sobre el comportamiento psicosocial, inmunológico y neurobioquímico.

Entendido el estrés y sus consecuencias emocionales como un proceso, se reconoce que existen fuentes de estrés propias para cada etapa de la vida incluso para cada sexo.

a) Teoría biológica de Cannon

(Cannon, 1996) fue el primero en describir los “elementos básicos de esta secuencia de sucesos como respuesta de lucha y escape porque parecía que su propósito principal era preparar al animal para responder a amenazas externas atacándolas o huyendo de ellas”. En nuestra vida cotidiana los estresores pueden estar presentes por períodos prolongados, lo que implica que su cuerpo permanece en alerta por mucho tiempo. Cuando el estrés está prolongado puede haber un cambio físico.

En respuesta al estrés el corazón se acelera, la respiración incrementa, se revuelve el estómago y sus glándulas empiezan a bombear hormonas del estrés en la sangre.

b) Síndrome general de adaptación de Selye

El fisiólogo Canadiense Hans Selye (2002) “afirmó que reaccionamos al estrés físico y psicológico en tres etapas a la que llamó en conjunto síndrome de adaptación general”.

Estas tres etapas son:

1. Fase de alarma. Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante.

2. Fase de resistencia. Supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos,

emocionales y comportamentales destinados a "negociar" la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona.

3. Fase de agotamiento. Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles.

c) Teoría psicológica de Lazarus y Folkman

(Lazarus y Folkman, 1984), definieron el estrés psicológico como “una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa o pone en peligro su bienestar”. Aspectos significativos de esta definición adoptan una posición basada en la interacción afirmando que el estrés hace referencia a una relación existente entre la persona y el entorno.

Cualquiera que sea su fuente, el estrés requiere que lo afrontemos, es decir, que hagamos esfuerzos cognoscitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Los psicólogos distinguen entre dos tipos generales de afrontamiento; el afrontamiento directo y el afrontamiento defensivo.

Afrontamiento directo: esfuerzos intencionales por cambiar una situación incómoda.

Afrontamiento defensivo: diversas formas de autoengaño que proporcionan un medio de proteger nuestra autoestima y reducir el estrés.

Asimismo, la teoría del estrés también plantea que no se debe considerar ningún agente externo como estresante en sí mismo, lo cual es importante, ya

que conduce a una mejor comprensión tanto del estrés como de la conducta suicida, que implican la mayor o menor vulnerabilidad del sujeto ante los problemas y situaciones que aparecen en el contexto social en que tiene lugar su existencia.

Es en este sentido, en el que se pueden explicar las causas tanto del suicidio, como del propio estrés, hacia los factores internos los cuales van a determinar el nivel de vulnerabilidad de la persona.

3.7 Relación entre el Estrés y el Suicidio

(Tovar, 2019) menciona que “el alto grado de estrés es una de las causas que desencadenan desequilibrios químicos en el cerebro”. De este modo se propician enfermedades mentales o suicidios en la entidad.

Por otro lado, el estrés es uno de los temas más estudiados y es definido como la respuesta a un estímulo perturbador del equilibrio orgánico que resulta en tensión física, emocional o psicológica (Tolentino, 2009). Se puede considerar que el estrés es aquel generado por el individuo.

En este sentido, se menciona que una fuente permanente de estrés es la tensión producida por la contradicción entre lo que el individuo piensa y lo que hace, aun cuando su actuación responda a su deseo personal.

Debido a que la manera en la cual se refleja y se percibe la realidad, es lo que va a desempeñar el papel mediador principal para que ocurra un incremento

del afecto negativo en las personas que llevan a cabo conductas de riesgo como el intento suicida y el suicidio consumado.

De acuerdo con González (2000) si una persona afronta inadecuadamente la gran cantidad de influencias sociales que son portadoras de estrés, esto le puede producir emociones y afectos negativos y en unión con otros factores pueden llevar a conductas suicidas; algunas de estas influencias son:

- Carácter punitivo del medio
- Contradicción exigencia-capacidad de respuesta individual
- Discontinuidad y ruptura brusca del sistema de valores
- Desempleo y discriminación

Con base en lo anterior, es importante mencionar que no hay situaciones que conduzcan objetivamente al suicidio, dado que, el sentido personal del reflejo subjetivo de la realidad tiene un carácter relativo que va a depender del contexto sociocultural y del esquema cognitivo que posea la persona.

Por otra parte, la actuación de forma positiva de variables como el apoyo social, estrategias de afrontamiento diversas y flexibles y un crecimiento de la motivación, van a generar cambios positivos en la evaluación cognitiva del sujeto, en su sentido de vida, así como en el incremento de su actividad de búsqueda en el medio en cual se está desarrollando.

CAPITULO IV.

METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio constituye un problema grave de salud pública y es en gran medida prevenible, es por eso que este trabajo de investigación está dirigido a la prevención del suicidio en adolescentes.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos una persona se quita la vida y se estima que casi 3.000 personas ponen fin a su vida diariamente y al menos 20 intentan suicidarse y uno logra su objetivo.

Por otra parte los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, en 2016, se detectaron más de 6.285 suicidios lo que representa 5,2 muertes por cada 100.000 habitantes y en 2014 se registraron 2.599 suicidios entre personas de 15 a 29 años para apuntarse como la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años.

Pregunta de Investigación

¿Conceptos teóricos sobre factores de riesgo en adolescentes con pensamientos suicidas?

4.2 DELIMITACIÓN DEL TEMA

Adolescentes: La adolescencia se denomina al periodo de la vida humana que se extiende aproximada ente entre los 12,13 y los 20 años. Como refiere Broocks (1959) “es en el periodo donde las funciones reproductoras alcanzan

la madurez y se presentan cambios físicos, mentales y morales los cuales se reproducen de forma simultánea”.

4.3 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Recabar la suficiente información como plataforma para conocer los factores de riesgo para la prevención del suicidio en adolescentes.

OBJETIVO GENERAL

Conocer sobre el suicidio y las estrategias de afrontamiento; en adolescentes con pensamientos suicidas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo sobre pensamientos suicidas.
- Proporcionar información a los adolescentes para la identificación de conductas de riesgo suicida.
- Dar una propuesta de taller sobre estrategias de afrontamiento mediante la técnica cognitiva conductual.

4.4 TIPO DE ESTUDIO

Investigación Documental: “Es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas” (Marín, 2008) Retomando lo anterior se explica

que la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes, etcétera.

¿QUÉ ES UNA TESINA?

Es la presentación de una investigación original, con características de tesis pequeña. “Es el estudio exhaustivo que de manera escrita se elabora acerca de un autor, tema, género o época específicos”. (Mercado, 2009, pág. 141)

4.5 MARCO CONCEPTUAL

Adolescencia: Es una de las etapas de la vida de autodescubrimiento clave de cada persona, así como es común observar momentos de rebeldía comprendiéndose entre los 13 a 17 años.

Suicidio: De acuerdo con la OMS (2006) el suicidio es cualquier acto autodestructivo que el sujeto realiza con el único propósito de culminar con su propia vida.

Factores de Riesgo: Se puede decir que los factores de riesgo son todos aquellos elementos que pueden favorecer el intento de suicidio como el suicidio consumado en la adolescencia. (Chávez, 2008)

Ideación Suicida: Se hace énfasis a una expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.

4.6 RECOMENDACIONES

(TALLER)

PERIODICO MURAL

Objetivo: Socializar el tema del suicidio, este debe contener lo siguiente:

Materiales:

- Mensajes con un enfoque positivo hacia la vida.
- Colores alegres y mensajes de esperanza.
- Imágenes de personas apoyándose unos a otros y con expresiones de afecto.
- Imágenes que nos den el aspecto de la belleza de la vida y del mundo.

Instrucciones:

Se forman equipos de 5 personas, se les entrega el papel bond a cada grupo correspondiente, posteriormente se les hace una breve introducción acerca del suicidio en la adolescencia, se les solicita que elaboren un periódico mural en donde ellos describan el tema del suicidio y la manera de ayudar a alguien que se encuentre en una situación de desesperanza, para ello se les proporciona los siguientes mensajes positivos que son con los que tienen que trabajar.

Ejemplos de Mensajes Positivos:

<p>La vida vale la pena vivirla.</p> <p>Eres importante.</p> <p>Busca ayuda, hay soluciones.</p> <p>Para muchos tú eres muy importante.</p> <p>Tú familia te quiere.</p> <p>Vivir siempre es mejor.</p> <p>En casa alguien te espera.</p> <p>Algo te oprime el pecho, seguramente son los abrazos que tus amigos te quieren dar.</p> <p>La vida siempre ofrece soluciones, solo tienes que escucharla.</p> <p>Amo a la vida.</p> <p>La vida es muy corta, hay que aprovecharla.</p>	<p>Hay muchas cosas que hacer por mí y por los demás.</p> <p>Acércate a quién le tengas más confianza, te puede ayudar.</p> <p>No estás solo.</p> <p>La vida te da nuevas oportunidades.</p> <p>Todo tiene solución, no te desespere.</p> <p>Dile sí a la vida</p> <p>La vida no es fácil, pero vale la pena vivirla</p> <p>Por algo estamos en este mundo</p> <p>Todos tenemos una tarea en el mundo, somos importantes.</p> <p>El ejercicio me ayuda a sentirme mejor.</p> <p>Todo tiene solución, sólo hay que encontrarla con ayuda de alguien que te quiere.</p>
<p>Cierre: Se retroalimenta el tema haciendo énfasis a la importancia de la prevención del suicidio en los adolescentes.</p>	

4.7 ANALISIS

Se llevó a cabo una investigación de tipo documental acerca de los fundamentos teóricos para la prevención del suicidio en adolescentes, en la cual se puede observar que en los últimos años ha ocurrido un incremento en el número de suicidios realizado por adolescentes, lo que ha llamado la atención a la sociedad así como la de autoridades educativas, de salud pública y sector policial.

Lo anterior ha llevado a realizar un método de investigación de análisis para determinar las variables causales relevantes (adolescencia, suicidio, factores de riesgo e ideación suicida), y así mismo, se recomienda realizar un taller preventivo para ser desarrollado principalmente en los escenarios educativos dentro de los cuales, los adolescentes se ven inmersos gran parte de su tiempo.

Para empezar es importante hacer mención que el ser humano transcurre por diversas etapas en la vida y una de ella es la adolescencia la cual hace referencia al desarrollo que se lleva a cabo, entre los 12 y los 18 años de edad, en este proceso se originan cambios físicos y mentales.

Así mismo, durante la adolescencia los jóvenes desarrollan la capacidad para percibir ideas abstractas, las cuales incluyen comprender conceptos de lógica avanzada, y desarrollar filosofías morales e inclusive sus derechos y privilegios.

También logran establecer y mantener relaciones personales satisfactorias. Por otro lado los adolescentes aprenden a compartir la intimidad sin sentirse preocupados o inhibidos y esto les ayuda a avanzar hacia un sentido más maduro de sí mismos.

En el desarrollo físico, el adolescente atraviesa por diversos cambios, a medida que pasan a la madurez física. Los cambios prepuberales precoces ocurren cuando aparecen las características sexuales secundarias.

Dichos cambios los lleva a ser acomplejados, se vuelven más sensibles y están preocupados por sus cambios corporales. En este trayecto el adolescente comienza a hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros, por consecuencia esto les comienza a generar inseguridad y probable baja autoestima.

Durante el desarrollo moral, los adolescentes se enfrentan a la difícil tarea de formarse un sentido de identidad. Se enfocan en su persona, en lo que son, y diferencian que los hace únicos del resto del mundo. Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a crear su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia, sin embargo, esto puede provocar conflicto en algunas familias a medida que los padres tratan de mantener el control

Así mismo, en el desarrollo social, es importante resaltar que las características del desarrollo psicosocial en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa, el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en

parte con los cambios hormonales de la pubertad y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales.

Por otra parte, la búsqueda de la independencia por parte del adolescente se presenta como un aspecto normal en su desarrollo. El padre o la madre no deben verlo como una actitud de rechazo o pérdida del control. En este caso la función de los padres es estar disponibles para escuchar las ideas del joven, sin dominar su identidad independiente.

También los padres deben estar preparados y reconocer que existen conflictos comunes que se pueden desarrollar durante la crianza de los adolescentes. La experiencia puede estar influenciada por aspectos sin resolver de su propia niñez o de los primeros años del adolescente.

Conforme al autor González (2000) si una persona afronta inadecuadamente la gran cantidad de influencias sociales que son portadoras de estrés, esto le puede producir emociones y afectos negativos y en unión con otros factores pueden llevar a conductas suicidas, el adolescente puede ser más susceptible a factores estresantes.

Por otro lado, al revisar la literatura sobre el suicidio en la adolescencia de diferentes autores se observan la participación de variables psicológicas, familiares, demográficas, y religiosas.

Es sumamente alarmante el escuchar que según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos una persona se quita la vida y se estima que casi 3.000 personas ponen fin a su vida diariamente y al menos 20 intentan suicidarse y uno logra su objetivo. A esto se la aúna que el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo no solo en nuestro país que es México.

Como ya se comentó, la cantidad de suicidios en el mundo ha mostrado un incremento alarmante; esto hace del suicidio una problemática de salud pública, que concierne a la sociedad en general.

Se hace hincapié a que el suicidio es un tema que ha existido desde antes de cristo, desde esa fecha hasta antes del siglo XX era castigado dicho suceso, con la única finalidad de radicar el problema.

Para los filósofos, el suicidio lo consideraban como el medio para liberarse del sufrimiento, sus enseñanzas alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria o bien por los amigos a causa de un dolor intolerable.

Por su parte los cristianos, consideraban el suicidio como el pecado mayor debido a que violaba el quinto mandamiento que usurpa la función del estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios.

En el caso de la Religión Politeísta, los sabios en búsqueda del nirvana frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas y se consideraba un acto totalmente aceptable.

Para los poetas, el suicidio lo publicaban en ensayos en donde proclamaban el derecho del hombre a disponer de su propia vida.

En la actualidad del Siglo XXI el suicidio es menos dogmático de lo que solía ser en el pasado. Por lo que el suicidio solo era castigado en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra

persona. Asimismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social.

En este sentido, se puede decir que la valoración del suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas, políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc.

Actualmente el suicidio es ya definido por la (OMSS, 2008) como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.

El intento suicida se define ahora como un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico.

La ideación suicida se considera un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares.

Es importante considerar que el suicidio es una triada que comienza con una idea suicida, seguida de una tentativa suicida y por último una conducta suicida. El cual da como origen un hecho lamentable para el núcleo familiar y social.

Por otra parte en la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

De acuerdo al autor (Pérez, 2013) es importante mencionar que durante el desarrollo de la adolescencia, los jóvenes empiezan a elaborar sus códigos de conducta, sus valores y su ética, progresivamente la cual va modificando su rol en la familia, de niño-dependiente a adulto-independiente con aumento de responsabilidades y de capacidad para ejercer su libertad.

Es significativo hacer saber que la característica más peligrosa del pensamiento adolescente es la de sentirse invencible ante ellos mismos y ante la sociedad, ya que siempre piensan que las cosas malas les ocurren a los otros y nunca les pasara a ellos dentro de esas cosas pueden ser: suicidios, accidentes, agresiones, embarazos, brotes psicóticos por una alta ingesta de alcohol o cualquier tipo de activo (droga).

Con respecto a la ideación suicida que tiene el adolescente, se pueden manifestar señales de aviso que pueden ser indicadores que se exhiben de la siguiente manera: Las dificultades académicas, las fugas del establecimiento, el desinterés por las actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás chicos, la repartición de posiciones valiosas, y hacer notas de despedidas, son signos que pueden ser observados en una crisis suicida. Para esto el personal educativo, familiar y de salud mental debe de hacer énfasis en dichas conductas y no evadirlas.

A través de esto, en el siglo XIX, es cuando se comienzan a elaborar teorías que tratan de dar una explicación a la conducta suicida. Las principales interpretaciones sobre el suicidio fueron las que surgieron de la teorías psiquiátricas y sociológicas, posteriormente se les unió la teoría psicodinámica y la teoría cognoscitiva.

En muchos de los casos de suicidios, existen factores de riesgo, estos actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida.

Retomando al autor (Chávez, 2008) cabe mencionar que existen factores de riesgo que conlleven al adolescente a cometer un intento o acto suicida por lo que el autor hace referencia a que los factores de riesgo son todos aquellos elementos que pueden favorecer el intento de suicidio así como, el suicidio consumado en la adolescencia.

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación como entre pueblos indígenas o personas desplazadas, la discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas.

Y entre los factores de riesgo a nivel individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio.

Hoy en día los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda.

A pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, el suicidio con demasiada frecuencia, desafortunadamente tiene escasa prioridad para los gobiernos y los decisores políticos.

Dentro de esta investigación se hace una recomendación para elaborar un taller el cual consta de una actividad enfocada a la prevención del suicidio, de esta manera se aborda el tema a nivel individual, familiar y social.

Podemos sustentar que los suicidios se pueden prevenir con intervenciones eficaces desde la ideación suicida hasta la tentativa suicida que llegue a tener el adolescente.

El suicidio se puede prevenir desde tres ámbitos los cuales son necesarios trabajar en conjunto.

Ante todo, y en un plano personal, la detección y tratamiento tempranos de la depresión y de los trastornos por consumo de alcohol son fundamentales para la prevención del suicidio, así como el contacto de seguimiento con quienes han tratado de suicidarse y el apoyo psicosocial en las comunidades.

Igualmente importantes son, ya en el ámbito poblacional, las intervenciones eficaces destinadas a reducir el acceso a los medios para suicidarse, la adopción por los medios de comunicación de normas responsables de información sobre suicidios, y la introducción de políticas para reducir el consumo nocivo del alcohol.

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, es imperativo que los servicios de atención de salud incorporen entre sus componentes básicos la prevención del suicidio.

Trabajando de la mano en estos tres aspectos, individual, familiar y social se puede evitar una tragedia.

Ya para concluir se hace énfasis a que el objetivo de esta investigación como al principio se menciono es priorizar la prevención del suicidio en la agenda personal, social y global.

Por otra parte, también es importante que se dejen a un lado los prejuicios y mitos que existen alrededor de este problema. Ya que debido a ello se subestiman las cifras de intento suicida, esto es por las creencias erróneas que aún se tienen acerca de este problema.

Por tal motivo, se debe desmitificar estas creencias y actitudes que solo truncan los trabajos preventivos, no permiten realizar una intervención a tiempo, y ocultan las cifras exactas de los registros; lo que conlleva a que no se sepa el estado actual, ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país mexicano, y por lo tanto que no se evite el suicidio consumado.

Como psicólogos tenemos un importante papel que cumplir, para poder explicar esta compleja conducta, por los múltiples factores implicados en la misma, y para poner en práctica los programas efectivos de prevención e intervención.

Además de que el conocimiento de los factores y mecanismos que conducen a las conductas de riesgo en especial al consumo de drogas y a las conductas

suicida, es de gran utilidad para poner en marcha los trabajos de prevención que estén orientados a fomentar el desarrollo de habilidades, para que se logre un armonioso desarrollo físico, psicológico y emocional.

4.8 CONCLUSIONES

El suicidio afecta a todas las edades especialmente a los jóvenes y no diferencia clases sociales. Este puede ocurrir de manera personal o masivo, así mismo, en forma privada o pública.

El suicidio es una realidad que puede y debe prevenirse a tiempo, lo importante es hacer saber que los adultos no son los únicos seres humanos que presentan problemas y situaciones desfavorables sino también los adolescentes.

Se cree que el suicidio puede ser evitado con información y ayuda, aquella persona que haya considerado esa opción como salida a sus problemas, puede revertir su situación. El suicidio no es una solución a los problemas, es evitar los problemas y dejarlos sin solución.

No todos los suicidios pueden impedirse, pero en el actuar y pensar diferente se puede lograr que muchos de los jóvenes no tomen la decisión de terminar con su vida. Una intervención correcta puede disminuir las cifras de suicidios en los jóvenes del mundo y especialmente en México.

Los programas de educación en Salud Mental deben hacer hincapié en la importancia de la detección de las conductas suicidas en el adolescente, revalorando las circunstancias sociales y culturales, evitar la estigmatización, considerar un mejor uso de los ansiolíticos y antidepresivos, para lograr resultados favorables en la identificación precoz y el estudio de cada caso para un adecuado tratamiento.

Los padres, maestros, profesionales de salud mental y la sociedad en sí debemos ser educados y orientados para atacar la problemática en la vida del

adolescente incluyendo lo que es una terapia familiar, cambiar la forma de pensar y sobre todo enseñar estrategias de solución de los problemas.

Solo con solidaridad, voluntad y apertura al servicio de los demás podemos revertir la situación. No hay dejar que nuestras juventudes y nuestro "futuro" pierdan el valor y sentido de la Vida.

GLOSARIO

Abate:

Eclesiástico de órdenes menores que solía vestir traje clerical a la romana.

Admisible: Que puede ser admitido.

Afección: Alteración morbosa de algún elemento o función del organismo humano.

Ambivalencia: Condición de lo que puede ser interpretado con los sentidos opuestos o distintos.

Apologías: Composición literaria destinada a defender o alabar a personas, ideas o cosas.

Autoconcepto: Es el conjunto de características (físicas, intelectuales, afectivas, sociales, etc.) que conforman la imagen que un sujeto tiene de sí mismo.

Autolesiva: Que se causa lesión o perjuicio a sí mismo.

Automutilaciones: Cuando una persona se hace daño a sí misma a propósito se conoce como autolesión (también llamada autoagresión o automutilación).

Autosacrificio: Fue un ritual prehispánico, que consistía en ofrendar la propia sangre a los dioses.

Brahmanismo: Religión politeísta originaria de la India que se caracteriza por tener una concepción panteísta del mundo, seguir los Vedas o textos sagrados y por creer en la reencarnación y en la existencia de un Ser o Alma universal suprema (Brahma) en la que el alma del hombre aspira a diluirse cuando se libere del cuerpo y consiga abandonar su karma.

Conciencia: Conocimiento que una persona tiene de sí misma y del mundo que la rodea.

Concilio de Nimes: Es un sínodo local celebrado en Nimes (Francia) en julio de 1096, presidido por el Papa Urbano II.

Concilio: Reunión de los obispos y otras autoridades de la iglesia católica para decidir sobre algún asunto de dogma y de disciplina

Concomitante: Que acompaña a una cosa o actúa junto a ella.

Consciente: Que se comporta con conocimiento de lo que hace y de sus posibles resultados o consecuencias.

Constricción: Acción y resultado de constreñir.

Cortisol: Hormona corticoide producida por las glándulas suprarrenales

Derecho Graciano: Es una colección de derecho canónico que Graciano terminó en 1140. El autor fue un monje benedictino de Italia que enseñó en el monasterio de los santos Félix y Nabor de Bolonia, y se lo conoce como el padre del estudio del derecho canónico.

Destruktividad: Capacidad de destrucción

Discontinuidad: Trastorno del curso del pensamiento en el que el flujo de las ideas se dispersa de forma anárquica.

Disienten: Mostrarse una persona disconforme con el sentir o parecer de otra

Distorsiones: Alterar la forma de una cosa.

Dogmas: Proposición capital de una ciencia o doctrina, proclamada como inimaginable

Dogmático: Que no admite contradicción en sus opiniones.

Dominancia: Propiedad del cerebro humano por la que las personas que usan habitualmente la mano derecha tiene más dominante hemisferio derecho.

Empática: Se entiende normalmente por empatía a aquel sentimiento que supone el acompañamiento en dolor o en sufrimiento de aquella persona que se encuentra en tal estado.

Estatus: Posición social o papel desempeñado por una persona en una colectividad.

Estrés: medicina situación de un individuo que, al tener una actividad más intensa de lo normal o encontrarse en una circunstancia tensa o complicada, sufre trastornos físicos y psicológicos.

Exosistema: Está compuesto por la comunidad más próxima después del grupo familiar. Ésta incluye las instituciones mediadoras entre los niveles de la cultura y el individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las instituciones recreativas y los organismos de seguridad.

Expectación: Interés o curiosidad con que se espera que suceda una cosa anunciada.

Flebotomía: Incisión de una vena para que salga determinada de sangre.

Fluctuantes: Que duda de una resolución o también que disminuye de una manera paulatinamente.

Glándula Pituitaria: La glándula pituitaria es una glándula del tamaño de un guisante que se encuentra en la base del cerebro. La pituitaria es la "glándula de control maestro" produce hormonas que afectan el crecimiento y las funciones de las otras glándulas del cuerpo.

Glándulas Endocrinas: Órgano que produce hormonas y las libera de manera directa en la sangre desde donde viajan a los tejidos y órganos de todo el cuerpo.

Gónadas: La parte del sistema reproductor que produce y libera óvulos (ovarios) o esperma (testículos).

Homicidio: Acto y crimen del que mata voluntariamente a otra persona

Hormona Gonadotropina: Las gonadotropinas o gonadotrofinas son una serie de hormonas secretadas por la hipófisis (glándula pituitaria) que están implicadas en la regulación de la reproducción en los vertebrados.

Imprescindible: Que no puede prescindirse de él o de ello.

Inconsciente: Que ha perdido el conocimiento y generalmente también la capacidad de percibir y darse cuenta de lo que le rodea.

Inmunológico: De la inmunología o relacionado con esta parte de la medicina.

Intransigente: Que no admite ninguna concesión

Introyectada: Es un proceso psicológico por el que se hacen propios rasgos, conductas u otros fragmentos del mundo que nos rodea, especialmente de la personalidad de otros sujetos.

Jurista: Persona que se dedica al estudio del derecho y a la interpretación de las leyes.

Legitimidad: Carácter de lo que es conforme a las leyes o al derecho

Literatos: Se aplica a la persona que se dedica a la literatura o es versado en ella.

Macrosistema: Comprende el ambiente ecológico que abarca mucho más allá de la situación inmediata que afecta a la persona.

Magnífica: Que es muy bueno o de gran calidad.

Masoquismo: Perversión sexual en la que el placer va ligado al sufrimiento que se obtiene tras la humillación y actos violentos causados por otra persona.

Melancolía: Sentimiento de tristeza profunda y sosegada habitual o circunstancial, originado por causas físicas o morales a veces desconocidas.

Menarquía: Es la primera menstruación que tiene la mujer, que normalmente sucede entre los 10 y los 16 años. Se debe a la activación de los ovarios y la producción de hormonas (estrógenos y progesterona) que estos liberan.

Metacognición: Capacidad innata en los seres humanos. Esta habilidad nos permite comprender y ser conscientes de nuestros propios pensamientos, pero también de la capacidad de otros para pensar y enjuiciar la realidad.

Microsistemas: Constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia)

Mitigar: Hacer un dolor o una molestia más soportable

Mórbida: Que es blando, suave y delicado.

Multifactorial: Se refiere las relaciones más próximas de la persona y la familia, es el escenario que conforma este contexto inmediato. Éste puede funcionar como un contexto efectivo y positivo de desarrollo humano o puede desempeñar un papel destructivo.

Neurobioquímica: Ciencia que se dedica al estudio de los fenómenos de naturaleza bioquímica que tienen lugar en el sistema nervioso.

Neurótico: Que es muy nervioso o maniático en exceso.

Neurotransmisor: Denominación genérica de los agentes químicos, producidos por ciertas células, que estimulan o inhiben a otras provocando una reacción o un movimiento muscular.

Nirvana: Desaparición de todos los deseos de este mundo, que libera al hombre de su condición de sufrimiento, de la desilusión y de la ignorancia en el budismo.

Paradigmática: Paradigma gramatical.

Patológica: Medicina de la patología o de las enfermedades de los seres vivos.

Patologistas: Se define a una persona que tiene conocimientos relacionados con la patología y es versado y entendido acerca de las enfermedades o padecimientos y así mismo del signo clínico y los síntomas.

Pauperismo: Situación permanente o temporal de pobreza de la sociedad de un país o región.

Premiscua: Que está mezclado de forma confusa o indiferente.

Psicopatología: Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Psicosomáticos: Interdependencia de los aspectos orgánicos y mentales de las enfermedades.

Psíquicas: Relativo o perteneciente al alma o a la actividad mental.

Punitivo: Que castiga o tiene relación con el castigo

Rapacidad: Inclinación al robo o hurto

Séneca: Persona muy sabia.

Serotonina: Sustancia que ejerce la función de intermediario químico de ciertas sinapsis del sistema nervioso central.

Silogismo: Razonamiento que consta de tres proposiciones, la última de las cuales o conclusiones deduce de las otras dos premisas.

Sintomatología: Conjunto de síntomas o fenómenos reveladores que caracterizan una enfermedad o que se presentan en un enfermo.

Suicidiología: Es el estudio de la conducta suicida en sus aspectos preventivos de intervención rehabilitaría.

Teológicos: Ciencia que se encarga del estudio de las características y propiedades de la divinidad.

Tirano: Se aplica a la pasión o sentimiento que domina a una persona.

Usurpa: Apoderarse de una propiedad que por ley pertenece a otra persona, en general con violencia.

Vulnerabilidad: Calidad de vulnerable o que puede ser herido o atacado.

Yo: Uno mismo en cuanto a su esencia de persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury, A., & Knobel, M: (1994). La adolescencia normal. Buenos Aires: Editorial Paidós.
2. ADLER, A: Suicide. Journal of Individual Psychology, 1968; 14:57-61.
3. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández FG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN [serie en internet]. 2008 [citado 24 de Julio del 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
4. Asociación de Investigación: Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS).
5. Barrionuevo, J: (2010). Adolescencia y juventud. Bs. As.: Editorial EUDEBA.
6. Bateman K: Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. Suicide Life Threat Behav. 2007: 284-90.
7. Beautrais A, Mishara B. World suicide prevention: suicide prevention across the life span. Crisis. 2007.
8. BESKOW, J: Suicide and mental disorders in Swedish men. Acta Psychiatry Scand, 1979; 1-138.
9. Brooks, F. (1959, 1a ed.). Psicología de la Adolescencia. Argentina: Kapelusz.
10. Buendía J, Riquelme A, Ruiz J: (2004). El suicidio en adolescentes, Murcia, España: Universidad de Murcia.
11. Bunge M: La investigación científica. Ciencias Sociales, 1975, La Habana
12. Castellano G: Hidalgo MI, Redondo AM. Medicina de la adolescencia. Atención Integral. Madrid: Ergon; 2004.
13. Durkheim, E.: "El suicidio". Editorial Shapire. Bs. As. 1965.

14. El suicidio adolescente. En: Enciclopedia ´(monografía de internet)
(Citado 14 de Marzo 2010) Disponible en
http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-idea-suicida.pdf
15. Fallas, Hania. (1991): "Desarrollo psicosocial del adolescente". En segunda Antología Adolescencia y Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa Atención Integral del Adolescente. San José, Costa Rica.
16. Fariña de Luna, N. (1990): "El desarrollo psicosexual del adolescente. En sexualidad humana Uruguay. OPS.
17. Freire de Garbarino: (1992) Adolescencia II. Montevideo: Editorial Roca Viva.
18. Freud, S: (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. Buenos Aires: Amorrortu.
19. Freud, S: (1914). Introducción al narcisismo. Buenos Aires: Amorrortu
20. Friedman SB: Fisher M, Schonberg SK. Comprehensive adolescent Health Care. QMP. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing; 1992
21. Garbarino: (2010). Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo. En Pasqualini, D., & Llorens, A. Comps., Salud y bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una mirada Integral (pp. 55-59).
22. Gesell, A: (1958, 4a ed.). El Adolescente de 10 a 16 años. Argentina: Paidós.
23. González-Forteza, C. & Jiménez, J. (1997). Factores socioculturales y suicidio. *Psicopatología*, 17(4), 151-157.
24. Hernández-Cervantes, Q., Gómez-Maqueo, E: (2006) Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. México: Revista mexicana de psicología.
25. Herrera, P: (1999). Principales factores de riesgos psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.

26. Hetrick S: (2008). Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) para los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008;(2): 1-70.
27. Instituto Nacional de Estadística: Geografía e Investigación. INEGI (2013). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales. México: autor.
28. Krauskopf, D: (2002). Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Recuperado de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%20y9_UT_1.pdf
29. Martínez, A. Moracén, I. Madrigal, M. Almenarez, M: (1998). Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999; 14(6): 554-9
30. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN [serie en internet]. Abr 2010 [citado 20 Jul. 2010]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=pt
31. Offer D: Ostrov E, Howard KI, Atkinson R. The teenage world: adolescents' selfimage in ten countries. New York: Plenum Medical Book Company; 1988.
32. OMS. El suicidio y los intentos suicidas. Ginebra: organización Mundial de la Salud; 1976.
33. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. *Pediatr Drugs*. 2003.
34. Pérez Barrero S: (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999: 196-217.

35. Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Revista Futuros [serie en internet]. 2005 [citado 2 de Abril de 2005]; Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol1.htm
36. Piaget J: The intellectual development of the adolescent. En: Adolescence: psychological perspectives. New York: Basic Books; 1969
37. Piedrahita, L; Paz, K., Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Hacia la promoción de la salud, volumen 17, No. 2, julio-diciembre 2012, pp. 139. En internet <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826010>. Encontrado el 20 de Octubre del 2014.
38. Riera Betancourt C. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.
39. Sampieri, R: (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
40. Stengel, E: (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires: Horme.
41. Szapiro, L: (1996) Acerca de la pubertad y adolescencia. Revista Registros.
42. www.redaipsis.org