



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Procesos de resiliencia familiar que
fungen como factores protectores ante el
riesgo suicida en adolescentes**

TESIS PRESENTADA POR

Héctor Rubén Bravo Andrade

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctor en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Judith López Peñaloza (Directora)

Doctora en Psicología

Evelyn Irma Rodríguez Morrill

Doctora en Antropología Social

José María de la Roca Chiapas

Doctor en Ciencias Médicas

REVISORES

Gabriela Navarro Contreras

Doctora en Psicología Social

Fabiola González Betazos

*Doctora en Metodología en Ciencias del Comportamiento y de la
Salud*

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2017



Agradecimientos

La presente investigación fue financiada mediante la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), como parte del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC).

A mi comité tutorial por sus acertadas observaciones, calidez humana y generosidad de conocimiento, especialmente a mi directora de tesis.

Dra. Judith López Peñaloza

Dra. Evelyn Irma Rodríguez Morrill

Dra. José María de la Roca Chiapas

Dra. Gabriela Navarro Contreras

Dra. Fabiola González Betanzos

Agradezco también a quienes enriquecieron el proceso de construcción del proyecto con sus invaluable aportaciones, en especial a:

Dra. María Elena Rivera Heredia

Dra. Catalina González Forteza

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Dr. Roque Quintanilla Montoya (In Memoriam)

Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo

Dra. Mónica Fulgencio Juárez

Agradezco también el apoyo brindado por compañeros y amigos de la Escuela Preparatoria Regional Tonalá Norte

Lic. Psic. Leticia Guadalupe Quezada Suárez

Lic. Psic. Raúl Galindo Castañeda

Mtra. Rosa Elba Reyes Murillo

Mtro. José Juan Ponce Fuentes

Dedicatorias

A mi siempre madre,

Al humor de mi padre,

A los abrazos de mis hermanos,

A mis sobrinos y a sus sonrisas,

A Claudia y nuestro estar juntos

Índice de contenidos

Agradecimientos.....	v
Dedicatorias	vii
Resumen	19
Abstract	20
Introducción.....	21
Pregunta de investigación.....	22
Objetivo.....	23
Objetivos específicos	23
Capítulo 1. Suicidio en adolescentes	25
Definición.....	25
Historia.....	25
Epidemiología.....	27
Factores asociados.....	30
Factores de protección.....	30
Factores de riesgo	37
Capítulo 2. Resiliencia.....	51
Antecedentes.....	51
Modelo salutogénico	51
Modelo ecológico	59
Psicología positiva	68
Modelo de la resiliencia	75
Concepto de resiliencia	75
Procesos de la resiliencia.....	82

Distinción del concepto	88
Consideraciones teórico-metodológicas	93
Críticas epistemológicas.	93
Medición de la resiliencia.	94
Limitaciones del concepto.	96
Capítulo 3. Resiliencia familiar	97
Terapia familiar	97
La familia como sistema.....	97
Adolescencia y familia.....	100
Estrés familiar	101
Modelo de resiliencia familiar.....	104
Caracterización	104
Procesos de resiliencia familiar.....	107
Estudios sobre resiliencia familiar	118
Resiliencia familiar y cuestiones metodológicas	124
Capítulo 4. Método	127
Consideraciones éticas.....	128
Estudio 1. Delimitación de los factores asociados al riesgo suicida	129
Diseño.....	129
Objetivo.....	129
Objetivos específicos	129
Técnica	129
Muestra.....	129
Procedimiento.....	129
Análisis de datos.....	130

Participantes.....	130
Grupo 1 – Alumnos	130
Grupo 2 – Profesores.....	131
Grupo 3 – Terapeutas	131
Resultados estudio 1	133
Factores de riesgo	134
Factores de protección.....	156
Discusión del estudio 1	173
Factores de riesgo individuales.....	173
Factores de riesgo familiares	181
Factores de riesgo comunitarios	187
Factores de protección individuales	190
Factores de protección familiares	192
Factores de protección comunitarios	198
Estudio 2. Indicadores de riesgo suicida, resiliencia y relaciones intrafamiliares	201
Diseño.....	201
Objetivo.....	201
Objetivos específicos	201
Participantes.....	201
Criterios de inclusión y exclusión.....	202
Instrumentos.....	202
Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS).....	202
Escala de Resiliencia	206
Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI)	206

Procedimiento.....	207
Análisis de datos.....	207
Resultados estudio 2	209
Niveles de confiabilidad.....	209
Estadística comparativa	210
Estadística inferencial	221
Discusión estudio 2.....	227
Ideación suicida	227
Intento suicida	239
Relaciones intrafamiliares y resiliencia.....	242
Conclusiones y recomendaciones.....	243
Referencias	245
Anexos	266
Anexo 1. Estadística descriptiva	266
Anexo 2. Carta al comité de ética	303
Anexo 3. Respuesta del comité de ética.....	304
Anexo 4. Carta de consentimiento informado.....	305
Anexo 5. Guía de preguntas para grupos focales.....	306

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de confiabilidad por instrumento.....	209
Tabla 2. Diferencia de medias en variables asociadas al riesgo suicida según sexo (N = 512)	210
Tabla 3. Diferencia de medias en variables asociadas al riesgo suicida según ideación suicida (N = 512).....	210
Tabla 4. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según ideación suicida (N = 512)	211
Tabla 5. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según ideación suicida (N = 512)	211
Tabla 6. Diferencia de medias en variables de relaciones según ideación suicida (N = 512)	211
Tabla 7. Diferencia de medias en variables asociadas al riesgo suicida según malestar depresivo (N = 512)	212
Tabla 8. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según malestar depresivo (N = 512).....	212
Tabla 9. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según malestar depresivo (N = 512).....	212
Tabla 10. Diferencia de medias en variables de relaciones según malestar depresivo (N = 512).....	213
Tabla 11. Diferencia de medias variables asociadas al riesgo suicida según autoestima (N = 512).....	213
Tabla 12. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según autoestima (N = 512).....	213
Tabla 13. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según autoestima (N = 512)	214
Tabla 14. Diferencia de medias en variables de relaciones según autoestima (N = 512)	214
Tabla 15. Diferencia de medias variables asociadas al riesgo suicida según impulsividad (N = 512).....	214

Tabla 16. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según impulsividad (N = 512).....	215
Tabla 17. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según impulsividad (N = 512).....	215
Tabla 18. Comparación de variables demográficas con intento suicida.....	216
Tabla 19. Comparación de las variables Intento suicida y relación con la figura materna y paterna	216
Tabla 20. Comparación de las variables intento suicida e indicadores de riesgo suicida	217
Tabla 21. Comparación de las variables intento suicida y recursos de apoyo	217
Tabla 22. Comparación de las variables intento suicida e impulsividad.....	217
Tabla 23. Comparación de las variables intento suicida y consumo de sustancias alguna vez en la vida.....	218
Tabla 24. Comparación de las variables intento suicida y consumo reciente de sustancias	218
Tabla 25. Comparación de las variables intento suicida y nivel de autoestima ...	219
Tabla 26. Comparación de las variables intento suicida y relaciones intrafamiliares	219
Tabla 27. Comparación de las variables intento suicida y resiliencia.....	220
Tabla 28. Correlaciones entre indicadores de riesgo suicida y variables asociadas	221
Tabla 29. Regresión lineal sobre la variable ideación suicida	224
Tabla 30. Regresión lineal sobre la variable malestar depresivo	224
Tabla 31. Regresión lineal sobre la variable autoestima	225
Tabla 32. Regresión logística sobre la variable intento de suicidio	226
Tabla 33. Presencia de indicadores de riesgo suicida	266
Tabla 34. Indicadores de riesgo suicida según sexo.....	266
Tabla 35. Indicadores de riesgo suicida según edad	267
Tabla 36. Indicadores de riesgo suicida según turno	267
Tabla 37. Indicadores de riesgo suicida según desempeño académico	268
Tabla 38. Indicadores de riesgo suicida según situación laboral.....	268

Tabla 39. Indicadores de riesgo suicida según número de personas con quienes vivían los participantes	269
Tabla 40. Indicadores de riesgo suicida según número de hermanos	269
Tabla 41. Indicadores de riesgo suicida según orden de nacimiento	270
Tabla 42. Indicadores de riesgo suicida según personas con quienes vivían los participantes	270
Tabla 43. Indicadores de riesgo suicida según personas que apoyan económicamente para el gasto familiar	271
Tabla 44. Indicadores de riesgo suicida según suficiencia económica de las familias de los participantes	272
Tabla 45. Indicadores de riesgo suicida según presencia de figura materna	272
Tabla 46. Indicadores de riesgo suicida según edad de la figura materna.....	273
Tabla 47. Indicadores de riesgo suicida según relación con la figura materna ...	273
Tabla 48. Indicadores de riesgo suicida según presencia de figura paterna.....	274
Tabla 49. Indicadores de riesgo suicida según edad de la figura paterna.....	274
Tabla 50. Indicadores de riesgo suicida según relación con la figura paterna	275
Tabla 51. Indicadores de riesgo suicida según intento de suicidio.....	275
Tabla 52. Indicadores de riesgo suicida según deseo de muerte.....	276
Tabla 53. Indicadores de riesgo suicida según número de intentos suicidas	277
Tabla 54. Indicadores de riesgo suicida según edad del primer intento suicida..	278
Tabla 55. Indicadores de riesgo suicida según edad del último intento suicida ..	279
Tabla 56. Indicadores de riesgo suicida según método del intento suicida	279
Tabla 57. Indicadores de riesgo suicida según motivo del intento suicida	280
Tabla 58. Indicadores de riesgo suicida según propósito del intento suicida	281
Tabla 59. Indicadores de riesgo suicida según posibilidad de morir percibida	282
Tabla 60. Indicadores de riesgo suicida según letalidad del intento suicida	282
Tabla 61. Indicadores de riesgo suicida según búsqueda de ayuda tras el intento suicida	283
Tabla 62. Indicadores de riesgo suicida según razones para buscar o no ayuda	284
Tabla 63. Indicadores de riesgo suicida según ideación suicida actual	284

Tabla 64. Indicadores de riesgo suicida según razones de ideación suicida actual	285
Tabla 65. Indicadores de riesgo suicida según presencia de malestar depresivo	285
Tabla 66. Indicadores de riesgo suicida según presencia de ideación suicida ...	286
Tabla 67. Indicadores de riesgo suicida según recursos de apoyo percibidos....	286
Tabla 68. Indicadores de riesgo suicida según impulsividad.....	287
Tabla 69. Indicadores de riesgo suicida según consumo de alcohol.....	287
Tabla 70. Indicadores de riesgo suicida según consumo de marihuana	288
Tabla 71. Indicadores de riesgo suicida según consumo de inhalables.....	288
Tabla 72. Indicadores de riesgo suicida según consumo de cocaína	289
Tabla 73. Indicadores de riesgo suicida según consumo de crack	289
Tabla 74. Indicadores de riesgo suicida según consumo de “tachas”	290
Tabla 75. Indicadores de riesgo suicida según consumo de tabaco	290
Tabla 76. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de alcohol.....	291
Tabla 77. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de marihuana	291
Tabla 78. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de inhalables	292
Tabla 79. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de cocaína.....	292
Tabla 80. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de crack	293
Tabla 81. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de tabaco	293
Tabla 82. Indicadores de riesgo suicida según consumo de alcohol en el último mes	294
Tabla 83. Indicadores de riesgo suicida según consumo de marihuana en el último mes	294
Tabla 84. Indicadores de riesgo suicida según consumo de inhalables en el último mes	295

Tabla 85. Indicadores de riesgo suicida según consumo de cocaína en el último mes	295
Tabla 86. Indicadores de riesgo suicida según consumo de crack en el último mes	296
Tabla 87. Indicadores de riesgo suicida según consumo de “tachas” en el último mes	296
Tabla 88. Indicadores de riesgo suicida según consumo de tabaco en el último mes	297
Tabla 89. Indicadores de riesgo suicida según autoestima	297
Tabla 90. Indicadores de riesgo suicida según locus de control	298
Tabla 91. Indicadores de riesgo suicida según entretenimiento.....	298
Tabla 92. Indicadores de riesgo suicida según unión y apoyo familiar percibido	299
Tabla 93. Indicadores de riesgo suicida según expresión familiar percibida	299
Tabla 94. Indicadores de riesgo suicida según dificultades percibidas	300
Tabla 95. Indicadores de riesgo suicida según escala de relaciones intrafamiliares	300
Tabla 96. Indicadores de riesgo suicida según factores protectores internos	301
Tabla 97. Indicadores de riesgo suicida según factores protectores externos	301
Tabla 98. Indicadores de riesgo suicida según empatía	302
Tabla 99. Indicadores de riesgo suicida según resiliencia	302

Índice de figuras

Figura 1. Factores de riesgo y de protección ante el riesgo de suicidio en adolescentes	50
Figura 2 Representación gráfica del modelo ecológico.....	64
Figura 3. Representación gráfica de los procesos de resiliencia familiar	108
Figura 4. Grupo focal de estudiantes	131
Figura 5. Grupo focal de profesores.....	131
Figura 6. Grupo focal de terapeutas.....	132
Figura 7. Sistema de códigos por tema y ámbito según grupos focales	133
Figura 8. Sistema de códigos para factores de riesgo por ámbito y dimensiones según grupos focales	134
Figura 9. Sistema de códigos para factores de riesgo individuales por dimensiones y categorías según grupos focales.....	135
Figura 10. Sistema de códigos para factores de riesgo familiares por dimensiones y categorías según grupos focales.....	143
Figura 11. Sistema de códigos para factores de riesgo comunitarios por dimensiones y categorías según grupos focales.....	151
Figura 12. Sistema de códigos para factores de protección por ámbito y dimensiones según grupos focales	156
Figura 13. Sistema de códigos para factores de protección individuales por dimensiones y categorías según grupos focales.....	157
Figura 14. Sistema de códigos para factores de protección familiares por dimensiones y categorías según grupos focales.....	161
Figura 15. Sistema de códigos para factores de protección comunitarios por dimensiones y categorías según grupos focales.....	168

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública mundial en el que los adolescentes representan la población más vulnerable. Existen ciertos factores de riesgo y de protección dentro de los que destaca la familia. El modelo de resiliencia familiar se presenta como una alternativa centrada en las fortalezas familiares. La presente investigación tuvo como objetivo analizar los procesos de resiliencia familiar que funcionan como factores protectores ante el riesgo suicida en estudiantes de primer ingreso al bachillerato. Se trató de una investigación de tipo mixto secuencial dividida en dos estudios. Primero se aplicaron grupos focales para conocer los factores asociados al riesgo suicida por parte de terapeutas, alumnos y profesores. El segundo estudio desarrolló una evaluación sobre el riesgo suicida, a través del Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS), así como la evaluación de la resiliencia en los estudiantes por medio del Cuestionario de Resiliencia; así también, se aplicó la Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (ERI). La edad promedio de los participantes fue de 15 años ($DE = 0.54$). La muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres con 55.7% (285). De los 512 participantes, el 11.7% presentó depresión, 11.5% tuvo intento de suicidio, y el 14.8% exhibió ideación suicida. La presencia de riesgo suicida fue mayor en las mujeres. Se encontró que los principales procesos de resiliencia familiar que funcionan como factores de protección ante el riesgo suicida son principalmente la conexión y la expresión emocional. Estadísticamente las variables depresión y autoestima baja predicen la ideación suicida. Las relaciones más significativas con el intento suicida se encuentran en las variables sexo, ideación suicida, autoestima y dificultades.

Palabras clave: ideación suicida, intento suicida, factores de riesgo y protección, resiliencia, resiliencia familiar.

Abstract

Suicide is a global public health problem in which adolescents represents the most vulnerable population. In this regard, there are risk and protective factors among which the family highlights. Family resiliency model presents itself as an alternative focused on family strengths. The aim of the present study was to analyze the family resilience processes that serve as protective factors for suicidal risk in freshmen high school students. This was a sequential mixed type research divided into two studies. In the first study, focus groups were used to know which risk factors were associated at suicide by therapists, students and professors. The second study carried out an assessment through Psychosocial Indicators Questionnaire for Depression and Suicide Risk (CIP-DERS), a Resilience Questionnaire, and the Intrafamily Relations Evaluation Scale (ERI). The average age of participants was 15 years (SD = 0.54); with women representing 55.7% (n = 285) of the sample. Of the 512 participants, 11.7% reported experiencing symptoms of depression, 11.5% had attempted suicide and 14.8% showed suicidal ideation. The presence of suicidal risk was higher in women. It was found that the main processes of family resilience that serve as protective factors are mainly connection and emotional expression. Statistically the variables depression and self-esteem predict suicidal ideation. The most significant relationships with the suicide attempt were found in the variables gender, suicidal ideation, self-esteem and difficulties.

Keywords: suicidal ideation, suicide attempt, risk and protection factors, resilience, family resilience.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública mundial (Organización Mundial de la Salud, 2014) dentro del cual los adolescentes representan la población con mayor vulnerabilidad (Borges, García, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2014). Existen factores de riesgo y de protección (Rutter, 1999) asociados a éste, en los que a su vez se distinguen aquellos vinculados al individuo, la familia y la comunidad. Si bien, el riesgo suicida que implica la ideación, planeación e intento (Hernández y Lucio, 2010), ha sido estudiado desde distintas perspectivas; en la actualidad, existe una tendencia en la investigación en psicología que privilegia los factores de protección (Cardoso y Dubini, 2005; González-Forteza, 2003). El modelo de resiliencia (González-Arratia, Valdez-Medina y Zavala-Borja, 2008) se presenta como una alternativa teórica que permitiría un abordaje centrado en los factores protectores ante el riesgo de suicidio en adolescentes.

Entre los estudios sobre riesgo suicida, existe consenso en que sus principales factores de riesgo a nivel individual son la depresión (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villaroel, 2009), baja autoestima (Balcázar, 2000; Jiménez, Mondragón, y González-Forteza, 2007) y el sexo, presentándose más suicidios en hombres, y más ideación e intentos suicidas en mujeres (Borges et al., 2014; González-Forteza, 2003); mientras que en relación a la familia se reportan problemas en el ambiente familiar y las familias fragmentadas (González-Forteza, Jiménez, Garfias y García, 2014), dificultades en las interacciones afectivas en la familia (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya y González-Gallegos, 2005), el nivel de cohesión familiar, los niveles de involucramiento parental y soporte familiar percibido, así como conflictos dentro de la familia (Fitzgerald, Galyer, Whiu y Thomas, 2010); y dificultades en las relaciones intrafamiliares, (Rivera-Heredia y Andrade, 2010).

Como factores de protección se destacan a nivel individual la resiliencia (Rutter, 1999) y la autoestima (Walsh, 2004), mientras que a nivel familiar se identifican la percepción de unión y apoyo en el núcleo familiar, así como la expresión de los sentimientos y emociones (Rivera-Heredia, y Andrade, 2010).

Considerando que el suicidio en adolescentes es un problema de salud pública mundial y nacional apremiante, dentro del cual se encuentran factores individuales, contextuales y familiares; se plantea la necesidad urgente de desarrollar y validar modelos teóricos y de investigación con un fundamento empírico de los cuales se puedan desprender modelos de prevención y atención que tomen en cuenta la complejidad del fenómeno en estudio (Borges et al., 2014). Ante tal urgencia, el modelo de resiliencia familiar (Walsh, 2004) se presenta como una opción pertinente capaz de contribuir tanto en la comprensión como en la intervención del riesgo suicida desde una aproximación que contextualiza al adolescente en su sistema más amplio, destacando las potencialidades de la familia considerando los procesos de la resiliencia familiar que pueden ser fortalecidos como medio de superación del riesgo suicida.

Teniendo en cuenta que el abordaje sobre la problemática suicida se ha caracterizado por un enfoque centrado hacia las deficiencias o los factores de riesgo, sobre todo a nivel individual, la presente investigación se propuso desde una aproximación hacia los factores de protección el dar cuenta de la siguiente interrogante:

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los procesos de resiliencia familiar que funcionan como factores protectores ante el riesgo suicida en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte?

Objetivo

Analizar los procesos de resiliencia familiar que fungen como factores protectores ante el riesgo suicida en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte.

Objetivos específicos

- Conocer los factores asociados al riesgo suicida por parte de los protagonistas, entendidos como alumnos, profesores de la Preparatoria Regional Tonalá Norte y terapeutas que han tenido contacto con la problemática.
- Evaluar la vinculación entre los indicadores de riesgo suicida, la resiliencia y las relaciones intrafamiliares en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte.

Capítulo 1. Suicidio en adolescentes

Definición

El suicidio se define etimológicamente como matarse a sí mismo. La palabra proviene del latín, específicamente de los vocablos: *sui* que significa a sí mismo, y *caedêre*, cuyo significado es matar o asesinar. De esta manera y de forma general, implica el acto de una persona cuya voluntad pone en práctica la extinción de la propia vida. La OMS (2014) “entiende por suicidio el acto de matarse deliberadamente” (p. 12).

La definición clásica de Durkheim (2003) propone como “suicidio todo caso que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (p. 16). Actualmente se encuentran definiciones de tipo internacional consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013), correspondientes a las defunciones consideradas en los códigos X60-X84 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10); que se encuentran en los capítulos destinados a causas autoinfligidas intencionalmente.

Historia

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado a la humanidad durante toda su existencia. Así como sucede con otro tipo de circunstancias con las que convive el ser humano, el suicidio ha pasado por diferentes formas de ser concebido. En la antigua Grecia se tenía una doble perspectiva del suicidio. Por una parte, puesto que los ciudadanos se encontraban ligados a la *polis*, cualquier tipo de renuncia a esta era considerada como una afrenta, por lo cual el suicidio se percibía de manera negativa (Szasz, 1999).

En otro sentido, el suicidio en ciertas circunstancias no solo era justificado, sino incluso visto como merecedor de reconocimiento. “Sócrates sostenía que el hombre es propiedad de los dioses; sin su consentimiento, el suicidio era reprobable; con él, era algo permisible, incluso digno de elogio” (Szasz, 1999, p. 35). La influencia del pensamiento teísta marcará de manera importante la visión sobre el suicidio en lo sucesivo.

Con el nacimiento del cristianismo, el fenómeno del suicidio transita por dos momentos: en una primera instancia es aceptado como una especie de sacrificio hacia dios y por consiguiente considerado como loable. Sin embargo, ya entrada la edad media es considerado como algo prohibido debido a “la visión de que la vida pertenece a Dios y sólo Él está autorizado a disponer de ella” (Szasz, 1999, p. 39). Partiendo de tal supuesto, se liga el suicidio al pecado y se estigmatiza su práctica.

El renacimiento, por su parte, implica una revolución en el pensamiento de la humanidad, de tal forma que se presenta una disminución del suicidio ante la renovación de la concepción racionalista del ser humano (Corpas, 2011). En esta época se encuentran argumentaciones tanto a favor como en contra del suicidio, siéndoles afín un tratamiento desde la racionalidad y una aproximación ética hacia el fenómeno (Vicente y Ochoa, 2007).

Un referente ineludible al hablar de suicidio es el estudio clásico de Durkheim, en el que plantea que tal fenómeno se encuentra vinculado a la anomia social “el concepto que nos señala que existirían sociedades donde la ausencia de normas o la existencia de normas contradictorias, determinan una comunidad en la que no se ha regulado debidamente con leyes una situación concreta” (Palacio, 2010, p. 5). Es de suma importancia este giro en el estudio del suicidio, puesto que la atención deja de centralizarse en el individuo para ampliar el panorama y considerar los factores sociales como imprescindibles en el fenómeno del suicidio.

Si bien la forma de pensar en las conductas autolíticas ha variado en relación a los distintos contextos y épocas a lo largo de la historia, siendo entendido ya sea

como algo digno de elogio, como pecado o como enfermedad mental, “la actitud predominante de la sociedad civilizada hacia el suicidio es, hoy en día, la condenación” (Farberow y Shneidman, 1969, p. 63). Actualmente, el fenómeno suicida es concebido de manera multifactorial, en el que participan de manera compleja distintos aspectos, tales como los biológicos, genéticos, individuales, familiares, comunitarios y sociales (Borges et al., 2014).

Epidemiología

El suicidio es considerado un problema apremiante de salud pública a nivel mundial. Cerca de un millón de suicidios son reportados en el planeta anualmente, representando una tasa de 11.4 por cada 100 000 habitantes (OMS, 2004, 2014). A partir de las tendencias actuales, se calcula que para el año 2020, 1.3 millones de personas morirán por esta causa, lo cual representa un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento de suicidio cada uno o dos segundos (Bertolote y Fleischmann, 2002). En los países de ingresos altos el principal método de suicidio es el ahorcamiento seguido del uso de armas de fuego, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos es la ingestión de plaguicidas (OMS, 2014).

De 1970 a 1990 se presentó un aumento en la tasa de suicidios. Tal incremento ha sido atribuido a las crecientes tasas de depresión, a la elevación en el uso de sustancias y a la mayor disponibilidad de armas de fuego. En los años noventa hubo un descenso en las tasas de suicidio; aun cuando no está claro el porqué, coincide con el incremento en el uso de antidepresivos en adolescentes, así como la introducción de programas sobre concientización sobre el suicidio a mediados de los ochenta (Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009). En el periodo que comprende del 2000 al 2012 se ha manifestado una disminución en las tasas de suicidio a nivel mundial, aunque cabe destacar que en algunos países se reporta un aumento considerable en dicho lapso (OMS, 2014).

Se ha reportado una diferencia significativa en relación al género, la razón hombre/mujer por suicidio es de 3.5 (300%) en países de ingresos altos y de 1,6

(57%) en los de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014). Los adolescentes varones son más vulnerables a cometer suicidio en una tasa de 16.8 por cada 100,000 habitantes en comparación con 3.6 en las adolescentes mujeres. Una posible explicación es que el suicidio no solamente se encuentra asociado a la depresión, sino a conductas agresivas y uso de sustancias, que son más comunes en los varones. De tal modo, la conducta suicida se encuentra asociada a la masculinidad (Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009). En encuestas de salud mental de la OMS se reportó una prevalencia de intentos de suicidio de 3 por 1000 (0,3%) en hombres y 6 por 1000 (0,6%) entre mujeres en países de ingresos medianos (OMS, 2014).

El grupo de edad que muestra una mayor vulnerabilidad es el de los jóvenes. La OMS destaca que “a nivel mundial, entre los adultos jóvenes de 15 a 29 años de edad, el suicidio causa el 8.5% de las muertes y se clasifica como la segunda causa principal de muerte” (2014, p. 22). En México, los jóvenes representan un sector vulnerable, ya que se ha encontrado un aumento del comportamiento suicida entre la población de entre 15 y 25 años, llegando a constituir una tasa de 7.4 muertes por cada 100 mil adolescentes (INEGI 2014).

El suicidio presenta una tasa mayor en países de ingresos altos, aunque es digno de mención que la mayor cantidad se presenta en países de ingresos bajos y medianos, constituyendo el 75% de la totalidad de suicidios en el mundo. Si bien los países de América Latina presentan incidencias menores en relación a la escala global, en México la tasa de suicidios aumentó un 16,6% del año 2000 al 2012 (OMS, 2014), mostrando una tendencia constante hacia el crecimiento durante los últimos 40 años (Borges et al., 2014).

Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) revelaron un total de 5 mil 549 suicidios acaecidos en el 2012, de los cuales el 80% fueron consumados por hombres. Para el 2014 se reportaron 6337 casos, manteniéndose el porcentaje de hombres (INEGI, 2014). Se calcula que por cada suicidio consumado existen entre 10 y 20 intentos fallidos, aun cuando “no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en

nuestro país” (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001), puesto que muchos casos de suicidio son vedados o no reportados (Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009), al grado que existe una subnotificación y mala clasificación en lo que se refiere al registro de suicidios e intentos de suicidio (OMS, 2014).

En Jalisco, el suicidio se reportó en el lugar 17 entre las principales causas de muerte en el 2010 (Jalisco cómo vamos. Observatorio ciudadano, 2012). La tasa de suicidio se situó con 4.87 por debajo de la media nacional que en 2008 fue de 5.9 por cada cien mil habitantes. En el 2011 se reportaron 453 suicidios (INEGI, 2013b), de los cuales dentro del grupo de edad de entre 20 a 24 años, el 70.8% fueron hombres. Para el 2014 Jalisco se encontró en la segunda posición en relación al número de suicidios acaecidos, con 506 casos de entre los cuales los hombres representaron el 80%. Para el 2015 se mantuvo la posición con 527 casos de suicidio, guardando la misma proporción de hombres (INEGI, 2016).

En un estudio sociodemográfico llevado a cabo por Quintanilla y Varela (2011) se reportó que en la Zona Metropolitana de Guadalajara entre el 2006 y el 2008 se presentaron 63 suicidios en menores de 18 años, de los cuales el mayor porcentaje (28.6%) corresponde a los 17 años, en una proporción de tres hombres por cada mujer. Es interesante resaltar que en el 47.6% los familiares refirieron problemas en la familia nuclear. Por lo que se puede afirmar que:

El suicidio trasciende la esfera personal “debido a que ninguna persona vive en completo aislamiento, y que cualquier decisión personal puede dañar no sólo los intereses del que la toma sino también el bienestar económico, existencial, físico o espiritual de los demás, ninguna conducta personal está exenta de ser calificada como un problema de salud pública (Szasz, 1999, p. 121).

El Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF) (2015) reportó que del 2012 al 2014 se presentaron 108 suicidios en menores de 18 años en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG). En el 2015 se reportaron 41 suicidios en menores de 18 años en la ZMG (IJCF, 2016).

Factores asociados

La adolescencia supone un aumento en la autonomía de las personas. En esta etapa los jóvenes encuentran nuevas posibilidades de acción que pueden resultar tanto benéficas como perjudiciales. Por ello, es necesario que los factores de riesgo y de protección sean analizados de forma específica para esta época de la vida. Quienes pertenecen a este grupo etario transitan por un momento que “trae aparejado un cúmulo de nuevas necesidades y destrezas que lleva al adolescente a ponerse a prueba frente a situaciones diversas. Los nuevos impulsos, capacidades físicas e instrumentos cognitivos son factores muy importantes en la resignificación de dichas situaciones” (Cardozo y Dubini, 2005, p. 43).

Es importante resaltar que los adolescentes no son receptores pasivos de su entorno o de los estilos parentales, sino que su comportamiento, temperamento y demás características propias influyen y son influidas en la forma de interacción que guarda con su familia (Taylor, 2004), puesto que la conducta no es un acto aislado sino una transacción recíproca con otros (Brendtro, 2006).

Factores de protección. Los factores protectores se refieren a “influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo” (Rutter, 1985, En Kotliarenco, 1997, p. 12). Por su parte Cardozo y Dubini (2005) definen los factores protectores como:

las condiciones o los entornos capaces de fortalecer el desarrollo de individuos o grupos, en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Pueden identificarse factores externos (se refieren a las condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daño: apoyo de un adulto, integración social y laboral) y factores internos (se refieren a atributos del sujeto: autoestima positiva, confianza en sí mismo, asertividad) (p. 49).

Los factores protectores no se refieren necesariamente a experiencias positivas, puesto que algunas variables no placenteras pueden fortalecer a los individuos ante futuras consecuencias negativas, aun cuando no constituyan un

suceso agradable, por ejemplo, la contención para el uso del condón. Los factores protectores involucran interacción mientras que una experiencia positiva es por lo general directa y subjetiva; así también los factores protectores pueden tratarse de una cualidad o característica de la persona sin tratarse necesariamente de una experiencia (Kotliarenco, 1997; Cardozo y Dubini, 2005).

Es importante recalcar que los procesos de protección solamente cobran sentido en su interacción con los factores de riesgo. Un ejemplo de lo anterior puede ser la capacidad de autoregulación del adolescente ante la tentativa de llevar a cabo conductas autodestructivas que pueden resultarle atractivas. Incluso algunas experiencias estresantes pueden conducir hacia cambios psicológicos que reflejan adaptación (Rutter, 1999).

En ocasiones, se pueden definir los factores de protección de forma reduccionista como simples antónimos de los de riesgo, por lo que se sugiere centrarse “más en los mecanismos y procesos que en las variables (...) debiéramos entender cómo esta característica opera en situaciones de adversidad, para así favorecer un funcionamiento positivo del problema” (Cardozo y Dubini, 2005, p. 50), para lo cual la resiliencia puede ser una herramienta invaluable para dar cuenta de tales procesos.

Los “factores o mecanismos protectores se describen como rasgos, características contextuales e intervenciones que promueven la resistencia o moderan los efectos de los factores de riesgo” (Monroy y Palacios, 2011, p. 241). Los principales factores de protección a nivel individual que propone Walsh son los siguientes: temperamento sereno y despreocupado, alto nivel de inteligencia, esperanza, emociones positivas y optimismo. Se concede una descripción más amplia sobre la alta autoestima puesto que implica “1) creer que son capaces de controlar los sucesos o influir en ellos; 2) pueden sentirse profundamente comprometidos con las actividades que desarrollan, y 3) consideran el cambio como un apasionante desafío para su desarrollo ulterior” (Walsh, 2004, p. 34). La autoestima también se asocia con vidas más activas, mejor control sobre las

circunstancias, menor ansiedad y mayor capacidad para tolerar el estrés interno y externo (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Entre los factores protectores acentuados por la OMS (2014) se encuentran las relaciones personales sólidas, las creencias religiosas o espirituales y las estrategias positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida, especialmente la estabilidad emocional, el optimismo y la autoestima. Se destaca también la idea de la relevancia de lo social, es decir, que los factores protectores trascienden lo meramente individual:

Un apoyo social eficaz dentro de la comunidad y la capacidad de recuperación de cada uno pueden proteger del suicidio a las personas vulnerables estableciendo y mejorando su capacidad de conexión social y fomentando aptitudes para hacer frente a las dificultades (OMS, 2014, p. 73).

En relación con los factores de protección familiar se destacan el apego adecuado y apoyo, la disciplina y monitorización, calidez y apoyo apropiados. En lo que se refiere a los factores de protección asociados con la comunidad se encuentran las redes sociales de apoyo y la cohesión de la comunidad (Rutter, 1999). Así también, se considera un recurso protector el apoyo familiar, el cual se manifiesta a partir de la comunicación y monitoreo por parte del padre y de comunicación por parte de la madre (González-Forteza y Andrade, 1995).

Mecanismos de riesgo y protección. Es importante distinguir entre factores de riesgo y mecanismos de riesgo; mientras que los primeros indican variables asociadas a la psicopatología sin ser un proceso de riesgo en sí, las segundas predisponen a experiencias que de hecho conducen al riesgo, por ejemplo, un divorcio es un indicador de riesgo, más no asegura que necesariamente se traduzca en psicopatología; por su parte, los conflictos y las formas de interacción que preceden el rompimiento familiar son mecanismos de riesgo que pueden conducir de manera más estrecha a desarrollar alguna

complicación. Esta lógica es aplicable tanto para el riesgo como para la protección (Rutter, 1999).

De igual modo, operan ciertos mecanismos predictores de procesos protectores dentro de los cuales se encuentran la reducción del impacto a partir de cambiar el significado del factor o modificando la interacción con el riesgo; reducir la probabilidad de reacciones negativas; promoción de la autoestima y autoeficacia; y las experiencias clave en la vida de las personas (Kotliarenco, 1997).

Existen ciertos procesos del desarrollo específicos de la adolescencia a partir de los cuales se enfrentan los riesgos, por lo que es de vital importancia prestar atención a estos mecanismos para potenciar la capacidad de este grupo etario (Cardozo y Dubini, 2005), la resiliencia es precisamente uno de esos procesos protectores.

Además de los factores protectores se puede distinguir también las conductas protectoras. Recuperando la definición de la OMS, Cardozo y Dubini (2005), destacan que las conductas protectoras se refieren a respuestas o mecanismos para hacer frente a condiciones de vida adversas. Las autoras proponen como los dos ejes más importantes para abonar al desarrollo de las conductas protectoras son el enriquecimiento de los vínculos y oportunidades de participación significativa, y el establecimiento de límites claros y firmes, teniendo en cuenta que:

diversas acciones que llevan adelante a nivel preventivo desde las diferentes instituciones escolares, como así también las actitudes positivas que se sustentan con ese objetivo, contribuyen al desarrollo de conductas saludables en los jóvenes, por lo que es fundamental tenerlas en cuenta a los fines de fortalecerla (Cardozo y Dubini, 2005, p. 57).

Tanto el desarrollo de vínculos como el establecimiento de límites se construyen desde la familia. Dada la importancia que se atribuye al impacto que

tiene la institución familiar como un recurso protector, Rivera y Andrade (2008) destacan que:

a nivel familiar se requiere disminuir los conflictos en casa, generando ambientes familiares que sean percibidos por los hijos como cálidos, armónicos y agradables, construir un sentimiento de unión y apoyo entre sus integrantes y favorecer la expresión de ideas y emociones en el interior de la familia (p. 105).

La OMS por su parte destaca que “entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales” (2004, párr. 9). Así mismo, Mainmon y colaboradores (2010) refieren que si bien se han enfocado las investigaciones en los efectos conjuntos de la salud mental, la familia y el contexto, todavía son insuficientes.

En relación a la interacción que puede existir entre los factores de riesgo y los de protección “es reconocido que identificar factores protectores potencializa el esfuerzo preventivo, dado que éstos, al interactuar con los factores de riesgo, pueden minimizarlos, o prevenir la incidencia de otros factores de riesgo asociados” (González et al., 2008, p. 126).

Los factores de protección pueden ser acumulativos, es decir, al sumarse varios factores protectores tendrían mayor fortaleza, de la misma forma que los distintos tipos de factores, individual, familiar y social pueden interactuar entre sí ya sea desde el riesgo como desde la protección (Kotliarenko, 1997).

En ocasiones, la línea entre conductas de riesgo y protección puede ser muy sutil, como lo muestran Hidalgo, Villaseñor, Ramírez, Rasmussen, Nuño y Tapia (2000) refiriendo que algunas mujeres adolescentes buscan relaciones sexuales y embarazo para generar el llamado *robo de la novia*. Esta conducta sería para la adolescente una forma de protección contra la soltería, aun cuando para el sistema de salud sea considerada como una conducta de riesgo.

En cuanto a la relación de los factores de riesgo y protección con la familia, Kotliarenco (1997) hace mención del llamado proceso transgeneracional que consiste en la repetición de patrones de comportamiento del pasado de una generación a otra. El principal soporte teórico se encuentra en la teoría del vínculo de Bowlby. El apego se genera en un primer momento con los padres quienes son los cuidadores primarios y posteriormente un apego general y modelo interno de trabajo ante las situaciones de estrés. Este proceso transgeneracional puede ser proclive a considerarse tanto como un factor de riesgo como de protección.

Prevención. El campo de la prevención del suicidio se ha visto beneficiado por el proyecto de práctica basada en evidencia (EBPP, por sus siglas en inglés) que realiza evaluaciones de los programas sobre prevención del suicidio en cuanto a: teoría, fidelidad, diseño, desgaste, psicometría, análisis, validez, seguridad, integridad y utilidad. Así mismo, expertos de diferentes países clasificaron los programas de prevención en: conciencia y educación, tamizaje, restricción de medios y medios de comunicación. Los programas sobre conciencia del suicidio y educación consisten en el reconocimiento de las personas que se encuentran en riesgo, ya sea por medio de profesionales como los médicos o el entrenamiento entre el grupo de pares en el entorno escolar (Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009).

Uno de los programas que ha mostrado excelentes resultados es el de prevención de Signos de Suicidio (*Sign of suicide prevention SOS*) encontrando resultados positivos al disminuir significativamente las tasas de intento de suicidio, así como un mayor conocimiento y actitudes adaptativas sobre la depresión y el suicidio en el grupo de intervención (Aseltine y DeMartino, 2004).

El tamizaje es un método para identificar individuos con alto riesgo dentro de una población general para ser evaluados con mayor detalle, ya sea con otros instrumentos o entrevistas con profesionales, pero que además sirve para identificar condiciones de riesgo subyacentes que pueden utilizarse en las intervenciones subsecuentes (Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009).

La principal limitación que presenta el tamizaje es la resistencia por parte de las escuelas, sobre todo por el mito extendido de que preguntar o hablar de suicidio pudiera detonar un incremento en la ideación y conducta suicida, lo cual ha sido desmentido a través de las investigaciones. Otras de las limitaciones aducidas son las cargas de trabajo que implica, la falta de capacidad para manejar adolescentes suicidas y la falta de recursos hacia los cuales referir a quién así lo necesite. Incluso ante tales limitaciones los programas que utilizan tamizajes para la identificación del riesgo suicida han mostrado ser efectivos en la reducción de las conductas suicidas (Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009).

Entre las principales estrategias de prevención se encuentran: 1) evaluación y manejo de trastornos mentales, 2) restricción al acceso de medios utilizables, 3) políticas de reducción de consumo nocivo de alcohol, 4) fomentar la responsabilidad de los medios de difusión al reportar suicidios, y 5) intervención posterior con familiares y amigos que han perdido a un ser querido. Las estrategias deben ser multisectoriales, incluyendo servicios de salud, empleo, educación bienestar social y justicia, puesto que el cambio social requiere de conocimiento, apoyo público y una estrategia social. En cuanto a quiénes van dirigidas, las estrategias de prevención pueden ser universales (para toda la población), selectivas (dirigidas hacia grupos vulnerables) e indicadas (personas vulnerables específicas) (OMS, 2014).

La relación entre internet y suicidio adolescente es compleja. Aun cuando se ha reportado que puede existir un aumento en las cifras de suicidio en distintos países a partir de su difusión en línea (Arroyo y Bertomeu, 2012), Hernández (2009) menciona que la red puede ser utilizada como un medio para la prevención del suicidio.

Se plantea como imprescindible el considerar la variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio, por lo que “es preciso crear un marco conceptual orientador culturalmente específico, aunque no hay ningún conjunto universal de estrategias que funcionarán en todos y cada uno de los países” (OMS, 2014, p. 11). En este tenor y siendo aún más específicos “la tarea implicaría examinar los

patrones actuales de educación, dentro de las familias y las escuelas, sobre la base de aproximaciones y programas derivados de las necesidades y experiencias de los individuos” (Jiménez, Mondragón, y González-Forteza, 2007, p. 25).

Factores de riesgo. Los factores de riesgo son definidos como “todas aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones” (OMS, En Cardozo y Dubini, 2005, p. 47). En una línea similar, Monroy y Palacios (2005) definen los factores de riesgo como “eventos o condiciones de adversidad que se asocian con la presencia de psicopatología, enfermedad física o desarrollo disfuncional; estos factores reducen la resistencia ante los estresores y/o adversidad” (p. 241).

Se distingue entre factores distales y proximales de riesgo. Los primeros afectan de manera indirecta a las personas, como por ejemplo, la cultura o la pobreza; mientras que los proximales implican directamente a la persona, un ejemplo podría ser el uso nocivo de alcohol (Kotliarenco, 1997); aunque existe cierta polémica sobre si se trata de dos tipos de factores diferentes o si se puede definir con precisión cómo inciden este tipo de factores.

Rutter (1999) propone el concepto de sensibilidad al riesgo, de manera que las respuestas al estrés psicosocial y a la adversidad se encuentran en función a la vulnerabilidad que pueda presentar una persona ante los factores de riesgo; los factores genéticos tienen impacto en influenciar las diferencias individuales en cuanto a la susceptibilidad al riesgo. Las variaciones en la sensibilidad a los riesgos ambientales también pueden derivar de las experiencias previas. Las diferencias en el temperamento pueden jugar un rol importante en las diferencias de sensibilidad al riesgo psicosocial. El nivel cognitivo de bajo C.I. aunado a adversidad familiar incrementa el riesgo de conducta antisocial.

Existe una distinción entre los eventos precipitantes, entendidos como aquellos sucesos que preceden inmediatamente una conducta suicida y los estresores que se refieren a eventos que pueden ocurrir incluso varios meses

antes del intento suicida (Hernández-Cervantes y Lucio, 2006). El que varios elementos de riesgo operen de manera simultánea o en mayor intensidad potencializa el riesgo suicida, puesto que “varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida” (OMS, 2014, p. 30).

Cardozo y Dubini (2005) hacen referencia a Burak quien distingue de entre los factores de riesgo en la adolescencia aquellos que denomina de amplio espectro y por otra parte los específicos para un daño:

Entre los factores de riesgo de amplio espectro pueden considerarse: familia con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, autoestima baja, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, locus de control externo, bajo nivel de resiliencia. Se consideran factores de riesgo específicos: portar arma blanca, no usar casco protector en la moto, tener una hermana o amigas adolescentes embarazadas, el consumo de alcohol (se alcoholiza), ingesta excesiva de calorías, depresión (p. 47).

González, Unikel y Chávez (2008) enfatizan que entre los principales factores de riesgo en adolescente se destacan la ingesta de alcohol y otras drogas, y las relaciones sexuales sin protección, confluyendo correlaciones de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Existe una diferencia entre factores de riesgo y conductas de riesgo. La conducta de riesgo depende de cuestiones históricas y de contexto, por ejemplo, quienes practican deportes extremos que implican aumento de vulnerabilidad o riesgo son considerados como ejemplos a seguir por muchos adolescentes. Algunas de las principales conductas de riesgo son indisciplina, problemas de conducta y hechos violentos, consumo de alcohol y drogas, sexualidad no responsable, trastornos de alimentación y suicidio (Cardozo y Dubini, 2005). La sociedad genera estrés y vulnerabilidad. Por lo que los adolescentes realizan

conductas de riesgo para enfrentar los sentimientos de desesperanza, narcisismo y aislamiento social (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Las conductas autodestructivas aproximan al adolescente al riesgo, ya que “se coloca en un estado próximo al suicidio o a la tentativa de suicidio, en el que la muerte no se busca conscientemente” (Rivera y Andrade, 2008, p. 90). Es importante distinguir que en las conductas suicidas propiamente dichas existe una intención explícita de terminar con la vida (Borges, García, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2014).

Desde el ámbito familiar, se ha establecido que a mayor control conductual materno (guía y supervisión) es menor la presencia o gravedad de depresión. Por otra parte, aquellos adolescentes con depresión severa perciben que sus madres ejercen un alto control psicológico (intrusivo y manipulador de sentimientos y pensamiento) y un bajo control conductual (Betancourt, Andrade y Orozco, 2008).

En cuanto a la relación familia y suicidio en adolescentes, Fitzgerald, Galyer, Whiu y Thomas (2010), han reportado como principales factores de riesgo un bajo nivel de adaptabilidad y cohesión familiar; niveles bajos de participación parental percibida; bajo soporte familiar percibido, y conflictos dentro de la familia.

Otros factores de riesgo familiares que han sido identificados son: el maltrato, la pérdida parental, inadecuada disciplina y monitorización, la enfermedad mental de los padres y falta de calidez y apoyo apropiados. Por su parte, entre los factores de riesgo relacionados con la comunidad se encuentran principalmente un medioambiente violento y la falta de redes sociales de apoyo (Monroy y Palacios, 2011).

Riesgo suicida. El suicidio es un fenómeno complejo, multifactorial y dinámico. Lo cual significa que no puede ser reducido a explicaciones atribuibles a una sola variable, ni incluso a partir de un grupo de variables. Por consiguiente, se debe “considerar la problemática suicida no solo en un contexto individual, sino que trasciende y tiene un significado más amplio al reconocer la influencia de factores psicosociales, demográficos, económicos y culturales” (González et al.,

2008, p. 112). Tal planteamiento es consonante con la visión de la OMS (2014), puesto que considera que “el comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales” (p. 11).

De este modo, existen en la literatura diversos estudios sobre los factores asociados a la conducta suicida en general y aquella referida a los adolescentes en particular. En estos estudios se incluyen factores tanto individuales, familiares como del contexto comunitario más amplio, en los que a cada ámbito le corresponden factores tanto de riesgo como de protección.

El fenómeno suicida puede ser concebido como un espectro con diferentes fases que van de la 1) ideación suicida, 2) planeación suicida, 3) gesto suicida, 4) intento suicida al 5) suicidio consumado. Las fases de la 2 a la 4 presentan impulsividad; mientras que a todas las fases les subyace la depresión: “una persona puede atravesar por cada una de las fases que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, y alguna otra persona puede presentar exclusivamente alguna de las etapas” (Rivera y Andrade, 2008, p. 91).

Por su parte, Barón (2000) distingue cinco momentos en el proceso suicida: la búsqueda de soluciones ante una crisis, ideación suicida al no encontrar alternativas viables, rumiación de la ideación suicida, cristalización y búsqueda de medios y el elemento desencadenante del acto suicida a partir de lo que puede ser una pérdida significativa. Es digno de resaltar que a esta perspectiva le subyace la idea de las soluciones, por lo que el suicidio estaría relacionado a una falta de capacidad de resolución de problemas.

Aun cuando se trata de modelos distintos, ambos tienen en común el que se refieren a ciertas fases del suicidio que van de un nivel de abstracción o idea, hacia un nivel de concreción del acto. Las fases del suicidio pueden no ser transitadas de manera consecutiva, sino que se puede consumir el suicidio sin presentarse alguna de estas etapas. Así también, el que se presente alguna de estas fases no indica necesariamente que se tenga que pasar por las demás;

puede ser que alguna persona alguna vez en su vida ha presentado ideación suicida y no vuelva a presentarla posteriormente (Rivera y Andrade, 2008).

El riesgo suicida como constructo permite evaluar de manera más completa el fenómeno que va de la ideación a la consumación del suicidio, puesto que se compone de tres indicadores: la ideación suicida, la planeación suicida y el intento suicida, teniendo de este modo un concepto que engloba las principales etapas descritas en la literatura sobre el llamado espectro suicida. De tal forma, Hernández y Lucio (2010) destacan que “el riesgo suicida es dinámico en su naturaleza y se debe evaluar como una función de la ideación suicida, la planificación concreta y la disponibilidad de medios” (p. 118).

Ideación suicida. Se entiende por ideación suicida “la consideración del suicidio, es decir, una preocupación sobre éste que va más allá de lo usual (...) la presencia reiterada e intrusiva de esos pensamientos en la psique de un sujeto” (Borges, et al. 2014, p. 197). En este momento se identifica como un fenómeno de nivel cognitivo; cuando la ideación suicida comienza a tomar concreción, es decir, cuando se empiezan a tomar consideraciones en cuanto a la planeación y los medios para llevarlo a cabo, el riesgo se incrementa de manera potencial (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Se ha reportado que en México “las mujeres, las personas que no están casadas, las que tienen escolaridades más bajas que licenciatura y los migrantes recientes tienen riesgos más elevados de ideación suicida” (Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz, 2009, p. 419). En relación a las mujeres, entre aquellas “que presentaban ideación suicida preferían no acudir a nadie para recibir apoyo y sentían que su padre no se interesaba en conocer con quién salían y a dónde iban” (González-Forteza y Andrade, 1995, p. 46).

Existe una relación entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida que opera a la manera del efecto dominó, “el problema podría comenzar con síntomas depresivos ligados a la ideación suicida, que a su vez, puede afectar la

autoestima, y subsecuentemente detonar la conducta suicida” (Jiménez, Mondragón, y González-Forteza, 2007, p. 25).

En este sentido, las situaciones de estrés, en particular aquellas que tienen que ver con el ámbito sexual, familiar, social, de amigos, económico, académico y de salud sientan las bases para que emerjan algunas diferencias de género, de tal suerte que las mujeres presentan una probabilidad entre dos y tres veces mayor de ideación suicida que los hombres, aun cuando muestran menos posibilidades de morir (Casullo, 2004). Cuando se habla de suicidios consumados la razón hombre:mujer es de 3:1 (Quintanilla y Varela, 2011), mientras que cuando se trata de intentos de suicidio la razón se invierte a tres mujeres por cada varón (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Vírseda, Amado, Bonilla y Gurrola (2011) a través de una escala multidimensional de Evaluación de las Respuestas Generales de Afrontamiento (COPE) describen las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes frente a la ideación suicida; encontrando que las estrategias más utilizadas son de tipo pasivo (no hacer nada), dirigidas a la emoción en detrimento de la razón. De entre la población del estudio el 11% presentó nivel alto de suicidalidad. Por lo tanto, la identificación oportuna y la aplicación de acciones tendientes a la intervención son imprescindibles. Siendo la ideación suicida un predecesor del intento de suicidio, es imprescindible evaluar la presencia de factores de riesgo en las personas que presenten este tipo de ideas (Borges et al., 2014).

Planeación suicida. En lo que se refiere a la planeación suicida Borges y sus colaboradores sostienen que “las mujeres, las personas que tienen escolaridades más bajas que licenciatura, los subempleados y los habitantes de la región sureste tienen riesgos más elevados de plan suicida” (2009, p. 419). Se debe considerar que quienes presentan un plan elaborado para terminar con su vida se encuentran más próximos al riesgo de cometerlo (Barón, 2000).

Intento suicida. Los constructos de ideación y planeación suicida no suponen mayores controversias teóricas, más no es el caso del intento suicida que

es definido por la OMS (2014) como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (p. 12). Una de las polémicas versa sobre los casos de lesiones autoinfligidas que pudieran no tener una intención suicida. En aras de solventar tal problemática Borges y colaboradores (2014) establecen que “el intento suicida es la conducta de un sujeto que trata de provocarse daño a sí mismo, con la intención deliberada y consciente (explícita o implícita) de producir la muerte como resultado de dicha conducta” (Borges, et al. 2014, p. 197).

La importancia de estudiar el intento suicida radica en que los intentos previos predicen considerablemente los intentos subsecuentes, a tal punto que la OMS afirma que “lo más significativo es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general” (2014, p. 26). Por otra parte, los intentos de suicidio:

constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y , ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión (OMS, 2014, p. 26).

Considerando que el intento previo de suicidio es el mejor predictor de un eventual suicidio (Spirito & Hernandez-Cervantes, 2009), y que los factores de riesgo operan de manera acumulativa (OMS, 2014) “aquellos jóvenes que presentan el antecedente de ideación o intento suicida, además de depresión y un trastorno por uso de alcohol, tienen una mayor probabilidad de verse involucrados en un nuevo episodio dentro de la conducta suicida” (Palacios, 2015, p. 310).

Desde una perspectiva individual, al describir la frecuencia de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba, Bella, Fernández, y

Willington (2010) encontraron que las patologías más frecuentes son el intento de suicidio previo, la depresión y los trastornos de conducta disocial.

Entre los factores determinantes que influyen en el acto suicida en el adolescente, Barón (2000) destaca que desde la dimensión individual se vincula con la tristeza, la irritabilidad y la impulsividad. Por su parte, Borges y colaboradores (2009) sostienen que “para el intento de suicidio, las personas de edades entre los 15-24 años, las mujeres, las que tienen escolaridades más bajas que licenciatura, los subempleados y los habitantes de las regiones noroeste, norte y sureste tienen riesgos más elevados” (2009, p. 419).

Existe la idea extendida de que una persona que comente un intento de suicidio lo hace para llamar la atención, aunque “las lesiones autoinfligidas deliberadamente, que involucran a los intentos suicidas, por sí mismos se constituyen en sólidos factores de riesgo, más allá de las interpretaciones que se quiera asignar” (González et al., 2008, p. 113).

Pérez-Amezcu, Rivera-Rivera, Atienzo, Castro, Leyva-López y Chávez-Ayala, (2010), en un estudio transversal cuyo objetivo fue identificar la prevalencia y los factores asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de México, encontraron que de los 12424 adolescentes que representaron la muestra, el 47% presentó ideación suicida, mientras que solo el 9% mostró intento de suicidio. Lo cual pone de manifiesto que la ideación suicida es un fenómeno que se presenta en una forma bastante elevada en comparación con lo que pudiera dictar el sentido común. De igual forma, el que se presente la ideación suicida no garantiza el que la persona llegue a cometerlo de facto, aun cuando existe un mayor riesgo que en aquellos que no presentan la ideación.

En lo referente al grupo de pares, al estudiar la relación entre amistad y suicidio entre adolescentes, tanto varones como mujeres, Bearman y Moody (2004) reportan que tener una amigo que ha cometido suicidio incrementa la posibilidad de ideación e intento suicida tanto en varones como en mujeres. Así también, las mujeres aisladas socialmente presentan mayor posibilidad de

pensamientos suicidas. Concluyen que el entorno de amistad afecta la probabilidad de presentar riesgo suicida tanto en varones como mujeres adolescentes.

A partir de una revisión de la literatura disponible sobre investigaciones llevadas a cabo en México, Borges y su equipo establecen que de manera general “las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida” (2009, p. 424).

La OMS (2014) destaca como principales factores individuales de riesgo el intento de suicidio anterior, los trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, las pérdidas de trabajo y financieras, la desesperanza, el dolor crónico y las enfermedades, antecedentes familiares de suicidio, y factores genéticos y biológicos (OMS, 2014). Es importante destacar que la OMS (2014), con fines explicativos, incluye dentro del comportamiento suicida tanto la ideación como la planeación.

Enfocado de manera directa hacia el suicidio, Stoelb y Chiriboga (En Rivera y Andrade, 2008) proponen un modelo que distingue:

como factores primarios de riesgo un intento suicida previo, trastornos afectivos y desesperanza; como factores de riesgo secundario el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad y de conducta, como factores situacionales de riesgo al funcionamiento familiar, el haber presenciado un suicidio, apoyo social, estresores de la vida y la homosexualidad (p. 93).

Entre las principales causas asociadas al suicidio se encuentran: el intento de alejamiento de situaciones insostenibles en la vida tales como pérdidas, enfermedades y sentimientos imposibles de manejar; elementos genéticos y neurobiológicos; cuestiones sociodemográficas como género, edad, pobreza y desempleo (Nizama, 2011); factores personales, familiares y psicopatológicos,

específicamente depresión y esquizofrenia (Bobes, Sáinz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004).

En relación a la psicopatología, los trastornos depresivos son los más prevalentes. Entre las principales características de personalidad asociadas al suicidio se encuentran la impulsividad, dificultad de manejar la agresión, el aislamiento social, la agresión y la hostilidad (Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes, 2009).

Los sucesos estresantes de vida han sido vinculados con el riesgo suicida, respondiendo a elementos tales como la edad, las características y el contexto del adolescente. El suceso previo que más se reporta en la literatura es el concerniente a las dificultades con la madre. Al estar asociado a la pérdida, humillación o fracaso, el suceso de vida estresante funciona como un disparador del comportamiento suicida, como un intento por enfrentar las reacciones emocionales intensas (Coppari, 2008; Hernández y Lucio, 2010).

Casullo llevó a cabo un análisis de los comportamientos asociados al suicidio retomando las aportaciones de Orbach (1994, En Casullo, 2004), a partir de distintos elementos. En cuanto a la presencia de psicopatología se asocian los trastornos afectivos, el consumo de alcohol y otras sustancias, los trastornos de conducta, la esquizofrenia, y los ataques de pánico; en relación a los estados fenomenológicos se encuentran la desesperanza, el fracaso, la vergüenza, la soledad y la culpa; los principales rasgos o estilos de personalidad asociados a las conductas suicidas son la ambición, impulsividad, apatía y pesimismo, rigidez cognitiva, rechazo a recibir ayuda y el escapismo.

En cuanto a las diferencias por sexo, las principales características del perfil de mujeres en riesgo suicida son el enojo, resentimiento, conflictos, especialmente con los padres, insatisfacción, impulsividad y ser autodespectivas, poca tolerancia a la frustración, aburrimiento, tensión, nerviosismo y aprehensividad. Por su parte, el perfil presentado por los hombres comprende problemas de conducta, pobre ajuste y adecuación social, dificultades académicas, preocupaciones somáticas,

impulsividad, conductas autodestructivas, sentimiento de alienación y asilamiento, y pobre control del enojo (Hernández y Lucio, 2010).

En general los estudios sobre el consumo de drogas y presencia de riesgo suicida, muestran una relación significativa entre estas dos variables, ya que como menciona Ceycedo (2010) el hecho de consumir sustancias psicoactivas eleva el riesgo de suicidio. Sin embargo, Martínez-Ortega (2011) sostiene que en lo que respecta específicamente al uso de marihuana, parece improbable que el consumo de cannabis actúe como un factor causal directo del suicidio consumado, aunque podría actuar de manera indirecta al favorecer otras situaciones como consumo de otras sustancias adictivas o morbilidad psiquiátrica o física.

Desde una perspectiva de la experiencia subjetiva, Balcázar (2000) remarca el papel que juega la soledad como predisponente al suicidio en la adolescencia. La autora pone de manifiesto el riesgo de la interacción entre soledad y estrés, ya que la presencia de soledad se relaciona con ciertos elementos como son la desesperanza, la baja autoestima y el pensamiento dicotómico (posibilidades extremas), asociados a la conducta suicida. La soledad como experiencia subjetiva no placentera se entiende a partir de la calidad en las relaciones sociales del sujeto y la percepción que se tiene sobre dichas interacciones, especialmente en lo referente al sistema familiar.

Desde la misma perspectiva de la subjetividad Rivera y Andrade (2008) llaman la atención en cuanto a que “para la evaluación del riesgo suicida, es necesario tomar en cuenta la expresión verbal de sentimientos de desencanto, la sensación de infelicidad, los estresores individuales, la pérdida de la aceptación de los compañeros así como los factores familiares” (p. 94). De este modo, se contará con una evaluación más completa del riesgo de suicidio.

De manera sintética, en lo que se refiere al ámbito individual, los principales factores asociados al riesgo suicida son: soledad, desesperanza, baja autoestima (Balcázar, 2000); fallo en resolución de problemas (Barón, 2000); problemas de conducta, hechos violentos y trastornos de alimentación (Cardozo y Dubini, 2005);

ingesta de alcohol y otras drogas (González, Unikel y Chávez, 2008); impulsividad (Rivera y Andrade, 2008); depresión (Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villaroel, 2009); eventos adversos de vida (Coppari, 2008; Hernández y Lucio, 2010).

Dentro del riesgo de suicidio en adolescentes se ponen en juego componentes que trascienden la esfera de lo individual, por lo que los actos suicidas pueden responder a factores psicosociales que remiten a la esfera de lo familiar, ya que como afirma Palacios “la literatura científica muestra que la conducta suicida tiende a ocurrir en las familias, es decir, pareciera que existe una transmisión intergeneracional del riesgo suicida” (Palacios, 2015, p. 309).

Además de las mencionadas transmisiones entre generaciones los detonantes del riesgo suicida pueden involucrar acontecimientos estresantes en el núcleo familiar, representando una discontinuidad de la experiencia con aquellos otros significativos que representan los miembros de la familia (Barón, 2000). Tal es la importancia del sistema familiar que se plantea que:

un aspecto imprescindible es incluir variables relacionadas con la familia, ya que ésta representa un eje fundamental en el comportamiento de cada individuo, por lo que resulta crucial conocer aquellos de sus elementos que pudieran constituirse como factores de riesgo para la problemática suicida (González-Forteza et al., 2009, p. 86)

El que la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas ha sido puesto de manifiesto en un estudio sobre las características psicosociales y familiares relacionadas con el intento de suicidio en adolescentes. Ceycedo y sus colaboradores (2010) constataron en todos los casos de intento suicida analizados, la ausencia de la figura paterna y la disfuncionalidad en los hogares, por lo que concluyeron que “la vinculación familiar es parte fundamental de los factores protectores” (Ceycedo, Arenas, Benítez, Cavanzo, Leal y Guzmán, 2010, p. 212).

La manera en que las familias están conformadas guarda también una relación con el riesgo de suicidio en los adolescentes, sobre todo si se conjunta con otro tipo de factores:

la estructura familiar, por sí sola, no basta para explicar la totalidad de la problemática suicida, pero sí que se perfila como un indicador importante que compromete el profundizar otros componentes intrínsecos a la estructura familiar, como son el tipo de relaciones afectivas, el ambiente familiar, los estilos de crianza, monitoreo y supervisión, los recursos de apoyo y la existencia de situaciones de violencia al interior, etcétera (González-Forteza, Jiménez, Garfias, García, 2009, p. 86-87).

Los resultados presentados por Nuñez, Olivera, Losada, Pardo, Díaz y Rojas (2008) arrojaron que la estructura y dinámica familiar disfuncional e intolerante están altamente asociadas a la persona con intento de suicidio. Por su parte González et al. (2008) identificaron que “el maltrato emocional del padre, la ideación suicida y la conducta alimentaria son factores de riesgo asociados con la conducta suicida, mientras que el afecto de la madre es un factor protector de la misma” (p. 124). Destaca de este modo la dimensión y el peso de la familia en la presencia de la ideación y el riesgo suicida.

Al comparar las tasas de suicidio en miembros de familias de víctimas de suicidio en comparación con sujetos que murieron por otras causas Runeson y Asbert (2003) encontraron que la tasa de suicidio es significativamente más alta en las familias con víctimas de suicidio. La historia familiar de suicidio duplica el riesgo suicida (Baca y Aroca, 2014).

Figura 1. Factores de riesgo y de protección ante el riesgo de suicidio en adolescentes

Factores	Riesgo	Protección
Individuales	Intento previo	Alta autoestima
	Depresión	Alto C.I.
	Baja autoestima	Resiliencia
	Desesperanza	Esperanza
	Uso de drogas	Optimismo
Familiares	Familiar con suicidio	Apego adecuado
	Maltrato	Apoyo
	Pérdida parental	Disciplina y monitorización
	Enfermedad mental de algún padre	Límites claros y firmes Comunicación
Comunitarios	Pares	Redes sociales de apoyo
	Violencia	Cohesión comunitaria
	Falta de redes sociales de apoyo	

Bobes, Sáinz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004; Casullo, 2004; Coppari, 2008; Cortes, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendía, 2010; Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes, 2009; Nizama, 2011; OMS, 2004; Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villarroel, 2009; Pérez-Amezcuca, Rivera-Rivera, Atienzo, Castro, Leyva-Lopez, et al. 2010; Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014); Vírseda, Amado, Bonilla y Gurrola, 2011.

Capítulo 2. Resiliencia

Antecedentes

Para comprender el concepto resiliencia es necesario hacer referencia a los modelos salutogénico, ecológico y a la psicología positiva, puesto que no solamente sirven como antecedentes, sino que fungen como componentes intrínsecos del enfoque, valga decir que estos mismos elementos teóricos alimentan el modelo de la resiliencia familiar. La manera en que estas distintas aproximaciones dan soporte al surgimiento de la resiliencia responde a una variedad de confluencias en el ámbito académico.

Las aportaciones de estas nuevas aproximaciones a la realidad psicosocial, enriquecieron de manera notable a la psicología, dotándola de una visión que comprende la complejidad de los fenómenos humanos, considerando cuestiones olvidadas por la visión puramente biologicista que reducía a la persona a un simple organismo que responde a los estímulos del exterior de manera pasiva. Un ejemplo de esta manera nueva de conceptualizar al ser humano se ve reflejado en las ideas y textos de Antonovsky quien propuso el modelo salutogénico, que a continuación se describe.

Modelo salutogénico. Salutogénesis etimológicamente significa *el origen de la salud* (Eriksson, 2014). El modelo salutogénico fue desarrollado por el médico sociólogo Aaron Antonovsky en la década de los 70. Las investigaciones de Antonovsky se centraban en aspectos socio-culturales y específicamente en mujeres *menopáusicas* que tenían la experiencia común de haber sufrido los horrores del holocausto. Dentro de los resultados de su investigación Antonovsky encontró que del total de las mujeres que participaron en la investigación citada, hasta un tercio de ellas presentaba lo que pudiera considerarse una salud mental satisfactoria, pese a todos los pronósticos que pudieran ofrecerse ante personas que habían atravesado tal experiencia de vida (Rivera, Ramos, Moreno y Hernán, 2001; Lindstrom y Eriksson, 2006).

A través de la investigación cualitativa se plantea un nuevo marco conceptual de la salud (Eriksson, 2014). Tres preguntas fungieron como directrices para el desarrollo del modelo salutogénico: ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?, ¿Cómo se las arreglaban para recuperarse de enfermedades?, ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema? (Rivera et al., 2011). De este modo, Antonovsky definió la salutogénesis como el estudio del cómo y por qué las personas se mantienen saludables (Taylor, 2004). En este sentido, el surgimiento de la resiliencia es bastante similar, puesto que parte del cuestionamiento sobre los procesos de afrontamiento de adversidades, asociados a resultados adaptativos óptimos.

Lo novedoso de la propuesta radica en que anteriormente el modelo tradicional patogénico entendía el fenómeno salud-enfermedad como dos polos excluyentes, centrándose únicamente en la patología como algo que había que curar. Al identificar a la persona con la enfermedad, se olvidaba del ser humano que la padecía, lo que implica no solo un problema moral, sino científico, puesto que reduce la complejidad humana a una sola faceta de un cuidado deficiente (Antonovsky, 1996). El hecho de entender la salud como simple ausencia de enfermedad obligaba a que los esfuerzos se dirigieran a identificar factores de riesgo para ser contrarrestados, sin poner énfasis en aquellos recursos de las personas que pudieran generar salud (Hernán y Lineros, 2010).

Por su parte, el modelo salutogénico concibe la salud-enfermedad como un continuo con diferentes grados entre ellos. Más aún, ambos estados conviven de manera inseparable. El planeamiento de Antonovsky es coincidente con la definición de la Organización Mundial de la Salud, entendida esta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Así pues, el énfasis ya no está en la enfermedad, sino en la salud y el bienestar, su origen, realce y mantenimiento (Ruano y Mercé, 2014).

Siendo la salud-enfermedad un continuo, las personas pueden fluctuar de manera dinámica dentro de este, por lo que deja de ser concebido como algo

estático que se posea o se pierda, para entenderse como un proceso. Percibida la salud de este modo, involucra no sólo a la persona aislada, sino que integra las interacciones de las personas y las condiciones del contexto (Eriksson, 2014).

La salud no solo se puede perder sino que - más importante aún- es recuperable. Más allá de preguntarse sobre las causas de la enfermedad, se cuestiona sobre qué produce la salud, centrándose en los recursos que poseen las personas y cómo los movilizan hacia estados de salud y bienestar, incluyendo las formas de interacción y su contexto (Eriksson, 2014).

Desde esta perspectiva, los factores estresantes dejan de ser considerados como algo negativo *per se*, para concebirlos como una posibilidad de tener consecuencias benéficas respondiendo a ciertas particularidades, como el nivel de estrés, las características y la capacidad de la persona para resolver tales factores, máxime que el estrés es parte inevitable de la vida diaria de todas las personas (Rivera et al., 2011; Eriksson 2014).

El buen manejo que las personas hacen de los retos y el estrés al que se ven expuestas constantemente caracteriza la salutogénesis, por lo que las personas ya no son simplemente percibidas como individuos pasivos (pacientes) afectados por la enfermedad, sino que se convierten en agentes activos, productores de salud, donde el papel del profesional es el de proveer opciones para que las personas tomen decisiones conducentes a estados de salud. No se trata pues, de mantener a las personas saludables en contra de sus estilos de vida, culpando a la víctima, sino facilitar y alentar a las personas a crear un orden saludable en el caos (Antonovsky, 1996; Lidstrom y Eriksson, 2006; Ruano y Mercé, 2014).

Es relevante destacar que la salutogénesis no corresponde simplemente a factores opuestos a aquellos que producen la enfermedad. Inclusive, no se limita a realidades objetivas que determinan la salud o patología, sino que se refiere también a las experiencias subjetivas de las personas ante la adversidad. De este modo, la percepción que tienen las personas sobre su vida, tiene una influencia

sobre su salud (Taylor, 2004., Lindstrom y Eriksson, 2006., Hernán y Lineros, 2010).

Desde esta perspectiva, la salud no se restringe a los factores de protección con los que pudiera contar la persona, sino que al mismo tiempo destaca el que la experiencia subjetiva o fenomenológica sobre las propias vivencias es fundamental. Tal concepción no solo es válida para el modelo salutogénico, sino también para el ecológico y para la resiliencia misma. Así conceptualizado, una de las grandes aportaciones del modelo salutogénico es enfocarse en la promoción de la salud y no solamente en la prevención y el tratamiento de enfermedades.

Es importante resaltar que el modelo salutogénico es una forma de aproximarse a la realidad, es un enfoque y más precisamente se trata de un marco conceptual que goza de tal generalidad que da cobijo (la metáfora de una sombrilla es utilizada con frecuencia) a distintos y por demás diversos constructos que desde esta perspectiva comparten una forma de abordaje sobre cuestiones de salud tales como: la autoeficacia, empatía, afrontamiento, humor, bienestar, empoderamiento, modelo de los activos y resiliencia, entre otros (Eriksson, 2014; Hernán y Lineros, 2010; Taylor, 2004). De este modo la salutogénesis no está limitada por las fronteras disciplinarias sino que más bien se refiere a “un enfoque interdisciplinario y una cuestión de dar coherencia entre las disciplinas y darse cuenta de lo que los conecta” (Lindstrom y Eriksson, 2005, p. 440).

En esta línea de pensamiento, algunos autores reportan que en España se han encontrado, desde 1997 a la fecha, investigaciones que tienen como sustento el modelo salutogénico sobre los más variados temas, como son: personalidad resistente, autoestima, síndrome de burnout, estrés, adaptación familiar hacia un hijo con autismo, personalidad en paciente diagnosticados con fibromialgia, actividad física en relación con salud percibida en personas mayores, sentido de coherencia en relación a la familia y la comunidad durante la adolescencia, población indígena en contextos de violencia; así como estudios sobre la validez y confiabilidad del Cuestionario de Sentido de Coherencia en su versión española (Rivera et al., 2011; Ruano y Mercé, 2014). Álvarez-Dardet y Ruiz (2011)

destacan que el modelo salutogénico ha sido aplicado en España específicamente en los grupos etarios de adolescencia y senectud.

El tema de salud, en sus diversas manifestaciones, ha ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad. Las políticas públicas del siglo XIX se encontraban inspiradas en la modernidad; la gigantesca promesa de progreso que inundaba a la totalidad de la sociedad dejó desamparado al individuo. El siglo XX como heredero de esta forma de pensamiento trata a su vez de generar control sobre las mayorías de la sociedad, incluso cuando tuviera que sacrificarse a unos pocos por el bien de la mayoría. De esta forma, Morgan (2014) alerta sobre el impacto que las políticas públicas en salud, centradas en el progreso de la sociedad, tiene como consecuencia el descuido del individuo y la consiguiente fragmentación de las redes comunitarias de apoyo. Las redes sociales de apoyo son un factor de protección imprescindible en todo proceso de salud en general, y específicamente en la comprensión y contención del riesgo suicida y el desarrollo de los procesos resilientes (Cyrulnik; 2004; Kotliarenco, Cáceres y Fontanilla, 1997; Rivera y Andrade, 2008; Rutter, 1999).

Después de la segunda guerra mundial surge un nuevo ideal global que se materializa a través de las Naciones Unidas y en específico con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo objetivo clave es la protección de los derechos humanos. Precisamente en este tiempo surge acorde con el optimismo imperante por parte de la OMS una nueva definición de salud, entendida no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. De este modo, el foco ya no se centra exclusivamente en la orientación médica de la salud, sino en el bienestar subjetivo desde una perspectiva social y psicológica. Lo anterior abre la posibilidad de aportaciones de las más variadas disciplinas sobre la vida cotidiana y la salud, dando como resultado políticas de salud posmodernas (Lindstrom y Eriksson, 2006).

Antonovsky además de ser investigador, pugnaba porque las políticas públicas de la OMS integraran los descubrimientos teóricos en sus programas

internacionales de salud. De manera incipiente, han tenido impacto en políticas reales, a través de distintos ministerios, redes, grupos de trabajo y declaraciones (Ruano y Mercé, 2014). Aunque como destacan Álvarez-Dardet y Ruiz (2010), hace falta solidez empírica que sustente dichos programas.

La principal crítica que se plantea es sobre si la escala SOC (Sense Of Coherence), que pretende medir el sentido de coherencia de Antonovsky - explicado con mayor detalle más adelante- realmente materializa tal constructo. El sentido de coherencia, mencionan los autores, se ha restringido en su acepción individual, por lo que se hace necesario que se aplique y entienda desde una lógica comunitaria, que el mismo Antonovsky propuso en una etapa tardía de su obra (Lindstrom y Eriksson, 2006), para que pueda ser verdaderamente aplicable a políticas de salud pública.

Morgan (2014) coincide con las críticas anteriores, aportando que la forma de mantener vigentes los modelos teóricos dentro de las políticas públicas e incluso en la inversión económica, es a través de un enfoque basado en evidencias, contemplando diversos métodos que puedan robustecer los hallazgos.

En cuanto a la necesidad de superar la visión individualista del sentido de coherencia, Benz, Bull, Mittelmark y Vaandrager (2004) elaboran un interesante artículo en el que condensan los planteamientos elaborados por Antonovsky alrededor del papel fundamental que juega la cultura en la salutogénesis. Las autoras mencionan que si bien fue un interés constante de Antonovsky, nunca reunió una obra en la que tratara de manera sistemática el tema de la cultura, reto que ellas abordan en el mencionado artículo. A través de un análisis de redes temáticas organizan las aportaciones de Antonovsky sobre el tópico llegando a la conclusión de que la cultura influye sobre las nociones que tienen las personas acerca de qué significa ser saludable.

El impacto social que representa el modelo salutogénico es claro en dos sentidos. El primero de ellos se refiere a que aquellas personas que gozan de recursos salutogénicos son más productivas económicamente hablando (menor

ausentismo y mayor eficacia laboral). Ligado a esto, el segundo sentido implica que las personas con dichos recursos enferman menos, lo que tiene un impacto en los costos públicos por enfermedades y redundancia en recursos para otros ámbitos, por lo que es de crucial relevancia para las políticas de salud de los Estados a nivel mundial (Antonovsky, 1996; Lindstrom, En Ruano y Mercé, 2014).

Dos son los conceptos fundamentales desarrollados por Antonovsky:

El primero de ellos se refiere a los Recursos Generales de Resistencia, entendidos como los “factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible” (Rivera et al., 2011, p. 131). Dentro de los Recursos Generales de Resistencia se pueden encontrar, la inteligencia, el dinero, la autoestima, el apoyo social, etc. Este tipo de recursos son tanto internos como externos a partir de los cuales las personas pueden encontrar un balance ante las adversidades a las que continuamente se ven bombardeadas; por lo que son un prerrequisito para el sentido de coherencia que lleva al empoderamiento. La salud se convierte en un sentido de producción de bienestar (Eriksson, 2014).

Antonovsky destaca de este modo que la cultura y las creencias religiosas son tan importantes como la presión arterial o el balance bioquímico (Taylor, 2004). No es exagerado decir que lo importante sobre los Recursos Generales de Resistencia no es tanto el tenerlos o contar con ellos, sino la forma en que son utilizados o movilizados durante alguna adversidad, es decir, cómo se ponen en marcha para encontrar un balance (Lindstrom y Eriksson, 2005). Así también, las creencias religiosas o la espiritualidad como recursos, han sido estudiadas ampliamente en su relación con la resiliencia por autores como Cyrulnik (2004) y Walsh (2004).

Antonovsky compartía los planteamientos de Bertalanffy (1989) sobre la teoría general de sistemas. El concepto *entropía* adoptado de la termodinámica sirve para dar cuenta de la tendencia que tienen los sistemas hacia su desorganización y aumento de complejidad. Ante la desorganización que reina en

la vida de las personas, estas necesitan un punto de soporte que permita recuperar la homeostasis. Esta columna sobre la que se soportan las personas es el sentido de coherencia.

El segundo constructo, medular en las aportaciones de Antonovsky, es el Sentido de Coherencia, entendido como la habilidad de las personas de comprender las situaciones en su totalidad y la capacidad para utilizar los recursos disponibles (Lindstrom y Eriksson, 2005). De manera más detallada se define como una:

orientación global que expresa el grado en que uno tiene una omnipresente y duradera, aunque a la vez dinámica, sensación de confianza, en tres sentidos: (1) los estímulos derivados de los entornos internos y externos en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables (son comprensibles); (2) los recursos están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por los estímulos (son manejables), y (3) estas demandas son retos, dignos de invertirles esfuerzo y compromiso (son significativas) (Rivera et al., 2011, p. 132).

De esta definición se destacan tres componentes, uno cognitivo (*comprensibilidad*), otro instrumental o comportamental (*manejabilidad*) y otro componente motivacional (*significatividad*).

Desde el componente cognitivo (las vicisitudes son comprensibles) la persona tiene la creencia de que los estímulos gozan de cierto orden y son manejables no sólo en el presente sino incluso cuando pudieran presentarse en el futuro. La *manejabilidad* tiene que ver con los recursos con los que cuenta la persona incluyendo a otras personas y sus interacciones para enfrentar los estímulos estresantes que se le presenten. El sentido atribuido se refiere por una parte, a que vale la pena enfrentar los estímulos estresantes para un desarrollo saludable, y por otra parte, dichos estímulos son percibidos no como cargas, sino más bien como retos a ser superados. Antonovsky postuló que el Sentido de Coherencia se forma en las primeras tres décadas de la vida, siendo aplicable a

todas las culturas y contextos étnicos (Eriksson, 2014; Lindstrom y Eriksson, 2005).

El constructo Sentido de Coherencia se operacionalizó a través del cuestionario sobre el sentido de coherencia SOC (Sense Of Coherence), por sus siglas en inglés, en dos versiones, una de 29 ítems y otra de 13 ítems (Antonovsky, 1996) que han sido adaptadas al español (Ruano y Mercé, 2014).

Desde la cuestión empírica, el sentido de coherencia se ha asociado al buen funcionamiento, al bienestar, a la salud en general y en específico a la salud mental; a la protección contra la ansiedad, depresión, burnout y desesperanza; se ha relacionado positivamente con el optimismo, el control y el afrontamiento, así también ha sido consistente como regulador en todos los ciclos de la vida, incluyendo la adolescencia y la senectud, así como en niños, pacientes cardíacos y diabéticos; refugiados y familias (Eriksson, 2014).

A manera de corolario se puede mencionar que el modelo de salutogénesis no sólo ha sido fructífero para la teoría específica de Antonovsky sobre el Sentido de Coherencia, sino que sirve como un marco conceptual de soporte para aproximarse al estudio de los procesos de salud desde otras teorías que pueden hacer valiosas aportaciones a las políticas de salud, dentro de las cuales la resiliencia goza de creciente fortalecimiento y fertilidad explicativa. De hecho, Walsh (2004) desarrolló un modelo de resiliencia familiar en el que retoma como parte fundamental el sentido de coherencia que posee una familia como un proceso imprescindible en el desarrollo de la resiliencia familiar.

Modelo ecológico. El modelo ecológico del desarrollo humano es un antecedente insoslayable en la construcción de un aparato conceptual sobre la resiliencia. Su principal aportación radica en la importancia que atribuye a los contextos y las interacciones, así como al papel de las percepciones de la realidad pero sobre todo al reconocer el valor de la complejidad en la realidad de las personas, plasmada en la interacción con distintos sistemas. Es invaluable el esfuerzo por sistematizar la complejidad de tal forma que sea inteligible para dar

cuenta del desarrollo de los seres humanos y servir como base para la elaboración del constructo resiliencia, tanto en su sentido individual como familiar.

El modelo ecológico fue desarrollado por Urie Bronfenbrenner (1985, 1987), como respuesta a las limitaciones de las teorías sobre el desarrollo humano de su época. Una de las principales críticas de Bronfenbrenner a las investigaciones y al conocimiento sobre el desarrollo de los seres humanos, versaba sobre la ausencia de un marco teórico que diera cuenta de los entornos en los que se desenvuelven las personas.

Aún cuando a nivel teórico en la psicología es universalmente aceptado que la conducta sólo tiene sentido en la interacción entre la persona y su ambiente, Bronfenbrenner (1987) pone de manifiesto que en la práctica este principio es dejado de lado. Las investigaciones e incluso los libros especializados, separan por una parte a la persona, de quien sólo enlistan una serie de características, y por otra parte se encuentra el ambiente, sobre el cual se limitan a describir una reducida serie de categorías, de tal modo que no dan cuenta de los procesos de interacción que explicarían el desarrollo humano. Como se expondrá más adelante, los primeros estudios sobre resiliencia se encuadrarían dentro de esta visión limitada que se concentraba en las características de los seres humanos, en la que se consideraba la resiliencia como un rasgo inherente de las personas (Infante, 2006; Kotliarenko, 1997).

Si bien, las investigaciones hacia las que dirige sus críticas Bronfenbrenner, arrojaban datos estadísticamente significativos, no eran precisamente relevantes en la práctica. Propugnaba por un enfoque naturalista hacia el estudio de las relaciones del niño bajo condiciones naturales (Brendtro, 2006). La crítica central que se genera hacia las teorías clásicas del desarrollo es que estas encontraban su base en experimentos artificiales removidos de la realidad, por lo que carecían de validez ecológica (Mc Guckin y Minton, 2014). De aquí una de las críticas más sagaces de Bronfenbrenner que se ha popularizado en su famosa cita, haciendo referencia a que la Psicología del desarrollo “es la ciencia de la extraña conducta

de los niños en situaciones extrañas, con adultos extraños durante el menor tiempo posible” (Bronfenbrenner, 1987, p. 38).

Si bien, no se desprecia el método experimental por sí mismo, se marcan sus limitaciones explicativas del desarrollo, sobre todo aquellas que tienen que ver con cuestiones éticas, como puede ser por ejemplo el privar a un niño de un estímulo benéfico para su desarrollo. El experimento es necesario pero insuficiente, por lo que debe complementarse. La propuesta consiste precisamente, en integrar el rigor del experimento y la importancia de la descripción, una convergencia entre los enfoques experimental y naturalista (Bronfenbrenner, 1987).

Aun cuando los conceptos utilizados por Bronfenbrenner no son nuevos, sino que se refieren a constructos de las ciencias sociales y de la conducta, lo novedoso del modelo ecológico es que se centra en las “interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente el desarrollo psicológico” (Bronfenbrenner, 1987, p. 28). En palabras de Bronfenbrenner la ecología del desarrollo humano:

comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos” (Bronfenbrenner, 1987, p. 40).

En la definición anterior podemos observar dos conceptos nodales de la teoría. En primer lugar se encuentra la noción de entorno que se entiende como un espacio de interacción directa (cara a cara) entre la persona en desarrollo y otros significativos; los primeros entornos son el hogar o la guardería (Bronfenbrenner, 1987). En segundo lugar, aparece el término desarrollo, el cuál es definido como “un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 1987, p. 23). En la

comprensión del fenómeno del riesgo suicida en los adolescentes se requiere, como ya ha sido expuesto, la consideración por una parte de los factores de riesgo y protección del entorno (Cardozo y Dubini, 2005; González et al., 2008; Rivera y Andrade, 2008; Rutter, 1999), como de este estadio específico del desarrollo (Spirito y Hernández-Cervantes, 2009; Quintanilla y Varela, 2011).

El concepto de entorno permite a Bronfenbrenner conceptualizar el ambiente (ecología) del niño como un sistema de ambientes anidados uno dentro de otro e interconectados entre sí, en el que todos influyen en el desarrollo de la persona pero en una variedad de grados distintos (Mc Guckin & Minton, 2014). “El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente” (Bronfenbrenner, 1987, p. 23). Los círculos de influencia se refieren a aquellos compuestos en primer lugar por los padres, maestros y pares (microsistema), en el siguiente nivel se encuentran el vecindario, trabajo, iglesia, clubes, etc (mesosistema). Por último, se encuentra la cultura, la economía y la política (macrosistema) (Brendtro, 2006). Los ambientes ecológicos son interdependientes, suceden como un proceso, entendido como “modos de interacción entre las personas que se mantienen en un curso recíproco de relaciones entre ellos y su ambiente” (Rosa y Tudge, 2013, p. 247).

El contexto primario es aquel al que se incorpora el niño en actividades en progresión de complejidad bajo la guía de una persona con la que ha desarrollado lazos afectivos. El contexto secundario por su parte se refiere a la integración de escenarios nuevos sin la intervención de la persona guía en donde se ponen en práctica las actividades previamente aprendidas (Bronfenbrenner, 1987). Para el desarrollo de los procesos resilientes es imprescindible el establecimiento de un vínculo con al menos una persona significativa, ya sea que se trate de alguno de los padres u otra persona (Cyrulnik, 2004).

Los ambientes ecológicos suponen un campo fenomenológico, por lo que debe ser considerado el cómo las personas perciben y entienden el ambiente. De este modo, en lo que se refiere al contenido del ambiente “lo que cuenta para la conducta y el desarrollo es el ambiente como se lo *percibe*, más que como pueda

existir en la *realidad objetiva*” (Bronfenbrenner, 1987, p. 24). Se destaca de esta manera que se utiliza el término experimentar desde un punto de vista fenomenológico, dada “la imposibilidad de comprender la conducta sólo a partir de las propiedades objetivas de un ambiente, sin hacer referencia al significado que tiene para las personas que están en el entorno” (Bronfenbrenner, 1987, p. 43). Para los procesos resilientes la manera en que se atribuye significado a las adversidades es crucial para la superación de tales sucesos (Cyrulnik, 2004; Walsh, 2004).

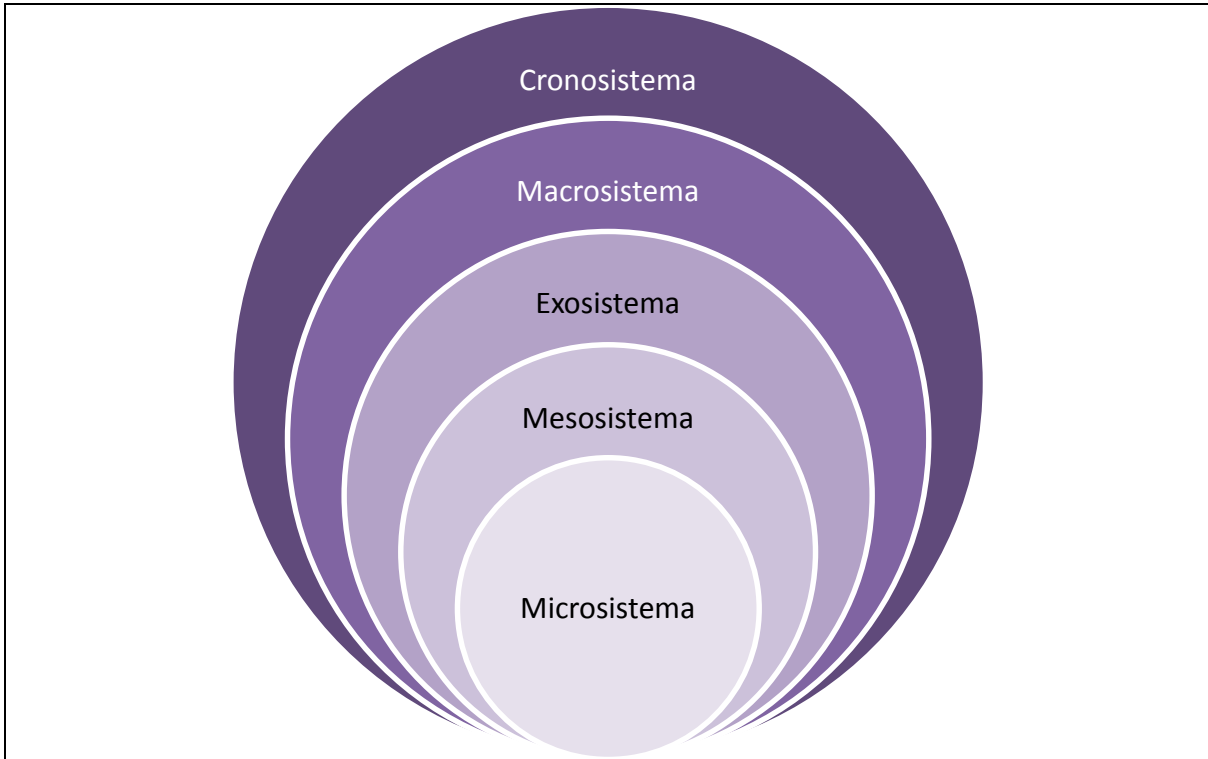
En cuanto a la estructura de los ambientes ecológicos, estos se analizan en términos de sistemas y por tanto a las relaciones que se establecen entre ellos. Estas estructuras seriadas en interacción son denominadas por Bronfenbrenner (1987) como: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.

Al paso de un sistema a otro se le considera una transición ecológica, misma que puede darse por cambios ambientales e incluso suceder ante los cambios biológicos relacionados con la maduración física, el cómo lidian las personas con estos cambios o incluso una combinación de todos estos factores. El que ocurra una transición ecológica puede ser tanto consecuencia como motivo del proceso de desarrollo ejerciendo un impacto no sólo en la persona que lo experimenta, sino en el sistema del cual forma parte (Rosa & Tudge, 2013).

El cambio de un entorno a otro (transición ecológica), implica cambios de roles, entendidos como “las expectativas de conducta asociadas con determinadas posiciones en la sociedad” (Bronfenbrenner, 1987, p. 26). Un ejemplo muy claro de ello es el ingreso del niño a la escuela, en el que las expectativas sociales no son solamente como hijo o hermano, sino como estudiante y compañero. La transición que sucede en la adolescencia supone un grado de vulnerabilidad hacia el suicidio que ha sido descrito en distintos estudios (Cardozo y Dubini, 2005; Quintanilla y Varela, 2011, INEGI, 2013).

A continuación se describen los diferentes sistemas que forman parte del modelo ecológico:

Figura 2 Representación gráfica del modelo ecológico



El microsistema consiste en el ambiente inmediato del niño desde un punto de vista físico, social y psicológico, en el que aprende sobre el mundo. Se denomina microsistema:

a las conexiones entre otras personas que estén presentes en el entorno, a la naturaleza de estos vínculos, y a su influencia indirecta sobre la persona en desarrollo, a través del efecto que produce en aquellos que se relacionan con ella directamente (Bronfenbrenner, 1987, p. 27).

Es un punto de referencia que se construye a partir de relaciones con personas significativas en el que se desarrolla la confianza y la cordialidad, tendiendo una influencia en el desarrollo posterior de la personalidad de niño. En el microsistemas el individuo en desarrollo juega un rol directo, tiene experiencias e interacciones sociales con otros de manera directa; inicia la socialización con

aquellos que son emocional y prácticamente más cercanos (Mc Guckin & Minton, 2014; Neal & Neal, 2013; Swick & Williams, 2006).

Vale la pena resaltar que no se refiere simplemente al espacio en el que el niño se desenvuelve sino a “un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado con características físicas y materiales particulares” (Bronfenbrenner, 1987, p. 41). El microsistema por excelencia como ya se ha mencionado es en un primer momento la familia y posteriormente la escuela. Las relaciones que se cimientan en el sistema familiar servirán como base para el desarrollo de la resiliencia (Cyrulnik, 2004; Walsh, 2004).

El mesosistema “comprende las relaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente” (Bronfenbrenner, 1987, p. 44). En el mesosistema se representan interacciones sociales entre miembros de distintos microsistemas del niño, por ejemplo madre y maestra. (Neal & Neal, 2013). Se trata de este modo, de un sistema de microsistemas que permite permear y movilizarse entre distintos ambientes; otro ejemplo es el apoyo de los vecinos o la iglesia a manera de redes sociales de apoyo (Swick & Williams, 2006). Las transiciones ecológicas se materializan en este nivel de la ecología del desarrollo. Se encuentra ampliamente documentada la importancia del sistema escolar y el grupo de pares como factores tanto de riesgo como de protección en cuanto al riesgo suicida en los adolescentes (Bobes et al., 2004; Cardozo y Dubini, 2005; Coppari, 2008; Nizama, 2011; OMS, 2004).

El exosistema se trata del sistema psicológico a partir del cual las personas siguen “conectadas” sin encontrarse físicamente juntas, por ejemplo el niño puede percibir el estrés laboral de los padres sin necesidad de estar físicamente en el lugar de trabajo (Swick & Williams, 2006). Bronfenbrenner lo define refiriéndose:

a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que

se ven afectadas por lo que ocurre en ese entorno (Bronfenbrenner, 1987, p. 44).

En el exosistema el niño no presenta ningún rol directo, así como tampoco tiene experiencias en estos entornos, aún cuando se ve afectado por las interacciones que suceden entre estos, aunque tal vez nunca entre en contacto directo con ellos. El exosistema es de crucial importancia para la vinculación de la teoría con la implementación de políticas públicas que ejercen una influencia en los sistemas menores (Rosa & Tudge, 2013).

El macrosistema se refiere al “complejo de sistemas seriados e interconectados como una manifestación de los patrones arqueados de la ideología y la organización de las instituciones sociales comunes a una determinada cultura o subcultura” (Bronfenbrenner, 1987, p. 27). Si tomamos como ejemplos las políticas de apoyos gubernamentales hacia las clases más bajas o los roles estereotipados de hombre y mujeres podemos identificar cómo el sistema más amplio de creencias culturales, valores sociales, tendencias políticas y económicas tiene un gran impacto en la vida de las familias (Swick & Williams, 2006):

El macrosistema se refiere a las correspondencias, en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (Bronfenbrenner, 1987, p. 45).

Estas correspondencias pueden marcar la pauta para distinciones que incluyen aquellas que se pueden dar entre una sociedad y otra pero también diferencias entre distintos grupos o clases dentro de una misma sociedad, por ejemplo ricos y pobres. La carencia de políticas públicas sobre cuestiones de suicidio es una lamentable muestra de la importancia de este elemento del modelo ecológico (Hernández, 2009; OPS, 2014).

El cronosistema, por su parte, es el componente temporal en el cual el ecosistema se encuentra inmerso. Esta dimensión organiza los periodos recíprocos de desarrollo entre el individuo y el entorno a lo largo de la vida. El cronosistema contempla que el tiempo es tan importante como el ambiente para el desarrollo humano (Mc Guckin & Minton, 2014).

Desde esta perspectiva se toman en cuenta los cambios en los eventos o experiencias que ocurren en la vida de las personas, ya sea que estos provengan del ambiente externo, como el nacimiento de un hermano o la incorporación a la escuela, así como del desarrollo mismo del individuo, como puede ser la entrada a la pubertad. Estos cambios pueden ser tanto normativos cuando son esperados, como no normativos cuando son inesperados, por ejemplo con la muerte repentina de un miembro de la familia. Este tipo de cambios o experiencias alteran la relación entre la persona y el ambiente, creando una dinámica que instiga al cambio en el desarrollo (Rosa & Tudge, 2013).

Integrada la noción de temporalidad en el paradigma ecológico, el desarrollo es percibido como una “función que implica interacciones con el tiempo entre una persona y las personas con quienes tiene interacciones cara a cara en el entorno inmediato en el que la persona se sitúa” (Rosa y Tudge, 2013, p. 250).

A partir de estos supuestos, Bronfenbrenner desarrolla el concepto de características instigadoras que pueden facilitar o desalentar el desarrollo humano. Estas características instigadoras pueden ser parte de la persona como por ejemplo bebés de temperamento fácil o difícil; o bien pueden ser parte del ambiente como aquellos que invitan a la manipulación o exploración, o por el contrario presentan inestabilidad o falta de claridad en su estructura. De este modo se hace énfasis en las características de la persona en la mediación con el entorno, el tiempo y las relaciones interpersonales (Rosa & Tudge, 2013). En los estudios sobre resiliencia se encuentra descrita la interacción del temperamento con el ambiente familiar como un elemento clave en el desarrollo de la resiliencia a través del tiempo (Rutter, 1999; Cyrulnik, 2004).

La última fase del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner es denominada bioecológica en la que se enfatiza el rol que juega la persona en su propio desarrollo a través de mecanismos denominados procesos proximales, entendidos como:

procesos de interacción recíproca de progresiva complejidad entre un organismo humano que evoluciona biopsicológicamente y las personas, objetos y símbolos en su ambiente inmediato. Para ser efectivas, las interacciones deben ocurrir sobre una base bastante regular durante periodos de tiempo prolongados (Bronfenbrenner & Ceci, 1993, En Rosa y Tudge, 2013, p. 252).

Se establece que los procesos proximales varían en función de las características de la persona en desarrollo y el ambiente inmediato. La disfunción aparece cuando existen dificultades para mantener el control y la integración de conductas a través de diferentes situaciones y dominios del desarrollo (Rosa & Tudge, 2013). La presencia de riesgo suicida en los adolescentes responde de este modo a una cuestión bioecológica, en la que se consideran una multiplicidad de factores, tanto biológicos, psicológicos, culturales, ambientales y familiares, ante los cuales las personas en general y los adolescentes en particular movilizan sus recursos para hacer frente a las adversidades que pudieran constituir una disfunción.

Psicología positiva. Con la entrada al nuevo milenio la sociedad estadounidense se encuentra en la cúspide de los beneficios materiales que le ha proporcionado el sistema político-económico, pero al mismo tiempo esto le ha traído una tendencia hacia el individualismo y la alienación. Las ciencias sociales y del comportamiento pueden jugar un papel enorme ante esta disyuntiva, llevando a cabo acciones desde su práctica en las que se rescaten las características de las personas que hacen que valga la pena vivir (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). El contexto socio-histórico-cultural en el cual surge la psicología positiva responde al optimismo y pragmatismo característicos de la sociedad norteamericana (Fernández-Ríos y Comes, 2009).

La Psicología a partir de la segunda guerra mundial se convirtió en la ciencia de curar malestares, centrándose exclusivamente en la patología. Tres eran sus objetivos principales: curar las enfermedades mentales, hacer las vidas de las personas más productivas, e identificar y nutrir el alto talento. Tras la guerra se fundan en Estados Unidos la Administración de Veteranos y el Instituto Nacional de Salud Mental, en los cuales los psicólogos encuentran una manera de ganarse la vida tratando las enfermedades mentales, así como realizando investigaciones centradas en la psicopatología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Si bien, las investigaciones centradas en la psicopatología trajeron beneficios como encontrar tratamientos eficaces para varios padecimientos mentales, olvidaron los otros dos objetivos: hacer la vida de las personas más productivas e impulsar el talento. Los dos grandes logros son el desarrollo de taxonomías y de sofisticados métodos, tanto experimentales como longitudinales de investigación. La psicología, considerada como un subcampo de la salud se convirtió de este modo en victimología. La forma de percibir a los seres humanos era como sujetos pasivos que solamente respondían a los estímulos del exterior desde una perspectiva individualista (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Castro, 2010).

El que la Psicología se haya centrado en cuestiones negativas puede responder a que las primeras pueden considerarse como más urgentes; aunque podría suponerse que las situaciones positivas al formar parte de la vida de las personas son pasadas inadvertidas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En los años 90 la principal preocupación de la Psicología era la prevención, los cincuenta años anteriores habían establecido que el modelo basado en la patología no es útil para la prevención. Las investigaciones sobre prevención demostraron que las fortalezas humanas sirven para amortiguar las enfermedades mentales, por lo que la principal tarea de la prevención en este nuevo siglo es la de crear una ciencia de las fortalezas humanas cuya misión sea entender y

aprender como adoptar estas virtudes en los jóvenes (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En 1998 Seligman fue nombrado presidente de la Asociación Psicológica Americana, cargo desde el que trató de dar un giro a la Psicología hacia aquellos aspectos considerados como descuidados por la disciplina académica establecida. Cuestiones referentes al ámbito de lo positivo de la vida de las personas surgieron a la luz, centrando el foco de atención en los aspectos más saludables de la vida humana (Hervás, 2009; Castro, 2010).

El objetivo de la psicología positiva, es transitar de reparar lo peor a construir cualidades positivas. En palabras de Mariñelarena-Dondena y Gancedo:

El objetivo general de la Psicología Positiva es el estudio del bienestar psíquico o felicidad. A su vez se desglosa en tres objetivos específicos: a) el estudio de las emociones positivas, b) el estudio de los rasgos positivos del psiquismo y c) las instituciones que generan a y b (2011, p. 71).

El campo de estudio de la Psicología Positiva (PP) comprende las experiencias subjetivas valoradas como positivas. Dichos estados emocionales se encuentran referidos a los tiempos verbales. En el pasado se encuentran el bienestar y la satisfacción; en el presente el *fluir* y la felicidad; y en el futuro la esperanza y el optimismo. A nivel individual se refiere a los rasgos positivos individuales como la capacidad de amar o las habilidades sociales, mientras que a nivel grupal trata sobre las virtudes que mueven a los individuos hacia la ciudadanía, como la responsabilidad y la tolerancia (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En un inicio el estudio del bienestar se limitaba al individuo, para en un momento posterior ampliarse hasta englobar lo que se denominó bienestar social (Hervás, 2009).

Es importante entender que eliminar lo negativo no implica necesariamente aumentar lo positivo:

La PP no pretende negar el sufrimiento ni los aspectos negativos de las personas, sino que intenta dirigirse hacia la complementariedad de enfoques, corrigiendo el desbalanceo que sufrió la psicología en los últimos sesenta años al otorgar una mayor importancia a los aspectos patológicos de las personas (Castro, 2010, p. 19).

La atención se dirige hacia las potencialidades de las personas que fueron descuidadas por la Psicología por tanto tiempo.

Mariñelarena-Dondena y Gancedo (2011) apuntan que la Psicología humanista con autores como Maslow y Rogers es el principal antecedente de la Psicología Positiva. Como un movimiento en contra del reduccionismo y el fatalismo que imperaba en los modelos centrados en la patología, surgió el humanismo como un intento de recuperar aquellos aspectos de la humanidad descuidados por la Psicología. El problema surgió cuando, esta llamada tercera fuerza, se desvinculó de los resultados empíricos para centrarse tan solo en aproximaciones terapéuticas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), incluso degenerando en algunos casos, en cuestiones esotéricas. (Hervás, 2009).

Aun cuando la Psicología positiva es comúnmente identificada con el estudio de la felicidad y el bienestar, también es el soporte de cuestiones que tienen que ver con la superación de situaciones de adversidad como es el caso de la resiliencia (Hervás, 2009) por lo que no se olvida de los elementos negativos con los que tiene que sortear la humanidad.

Los principales tópicos abordados por La Psicología positiva son:

Emociones positivas. Centrada en la patología, la Psicología solamente se había enfocado en el estudio de las emociones negativas, aunque vale la pena resaltar que estas cumplen una función adaptativa ante peligros del entorno y ante

situaciones sociales, como puede ser por ejemplo el miedo a las alturas o el nerviosismo ante una audiencia (Hervás, 2009).

La PP coloca a las emociones positivas como uno de sus tópicos más destacados de estudio, siendo denominadas con el adjetivo de positivas por dos cuestiones. En primer lugar, por producir sensaciones placenteras. Y en segundo lugar, por tener un efecto de potenciación de diversas habilidades, incluyendo el desarrollo de nuevas destrezas en el repertorio de las personas; siendo de este modo también adaptativas en la generación de recursos (Hervás, 2009). De tal modo, las emociones positivas tienen tres efectos secuenciales, la ampliación, la construcción y la transformación (Prada, 2005 En Mariñelarena-Dondena y Gancedo, 2011).

Fortalezas humanas. Existen rasgos en las personas que son considerados valiosos y deseables de forma más o menos generalizada, independientemente del contexto en el que se presenten, como por ejemplo, la capacidad de trabajo en equipo. Así también, “características de personalidad como la extraversión o la introversión, no tienen una connotación valorativa o moral en cuanto a que sea más deseable un polo que el otro” (Hervás, 2009, p. 28).

El estudio de las fortalezas permite la capacidad de destacar los recursos de las personas y aprovecharlos. Importante destacar que no se trata de identificar las deficiencias para mejorarlas, sino precisamente potenciar las habilidades que de hecho poseen las personas. Dichas fortalezas deben cumplir con ciertos criterios, como encontrarse en cualquier cultura así como presentar: distintividad, la apariencia de rasgo, la existencia de ejemplos paradigmáticos, la ausencia de un opuesto deseable, etc. (Hervás, 2009).

Bienestar. Como uno de los grandes temas de la Psicología positiva se encuentra el bienestar. Por una parte, es de gran interés para la vida cotidiana de las personas y por otro lado tiene implicaciones en la salud física y mental tanto de las personas como de sus contextos (Hervás, 2009).

Características sociodemográficas como el estar casado o tener una relación se han vinculado con el bienestar. Lo anterior puede explicarse, tanto por el hecho de tener una pareja, como porque la persona ya presentaba un estado de bienestar desde antes de la unión y este le ha permitido mantenerla. De igual modo se han investigado los rasgos de personalidad en relación al bienestar, siendo los más destacados la sociabilidad, la estabilidad emocional y el optimismo (Hervás, 2009).

Vida plena. Según Seligman (En Castro, 2010) tres son las vías de acceso a una vida plena (*pleasant life*).

En primer lugar las emociones positivas que se pueden concebir desde una perspectiva hedonista. Tales emociones pueden dirigirse a los tres momentos del tiempo. En el presente se encuentran el llamado savoring o el disfrute de los momentos a partir de la atención en el placer que producen los sentidos. También en el momento presente se hace referencia al mindfulness como un estado mental de autorregulación por medio del entrenamiento. En referencia al futuro se encuentran el optimismo y la esperanza, en los cuales el foco se centra en atribuciones hacia el porvenir. En lo que respecta al pasado se hace alusión a gratitud que otorga bienestar al dotar de sentido a las acciones recibidas, y la capacidad de perdonar en la que se transforman los pensamientos negativos en positivos ante un acto anteriormente realizado (Castro, 2010, p. 26).

En segundo lugar se encuentra el compromiso (*engaged life*) en el que “el placer se deriva del compromiso con la tarea efectiva y la capacidad de experimentar *flow*. Se alcanza el *flow* cuando una actividad nos absorbe y tenemos la sensación de que el tiempo se detuvo” (Castro, 2010, p. 26).

La tercer vía es la vida con significado (*meaningful life*), relacionada con la búsqueda de sentido en un contexto global más amplio, “es poner nuestras capacidades al servicio de los demás para obtener significado vital como resultado de este proceso” (Castro, 2010, p. 26).

Resiliencia. El estudio de la resiliencia también se encuentra enclavado en el campo de la Psicología Positiva. Ya que la presente investigación trata directamente con este constructo, se expondrá con mayor profundidad más adelante. Cabe mencionar que dentro de las investigaciones sobre resiliencia se han relacionado conceptos de la Psicología Positiva, principalmente lo referente a la esperanza (Cyrułnik, 2004).

La psicología positiva, a pesar de su reciente aparición, ha mantenido un crecimiento sostenido en relación al número de publicaciones; así también, se han creado diferentes instituciones y programas universitarios (Castro, 2010).

La psicología positiva agrupa diferentes investigaciones y líneas teóricas que tienen en común el interés en los aspectos positivos del ser humano. Como ya se mencionó anteriormente, aun cuando comparte sus intereses con el humanismo, se distingue de éste por su énfasis en la rigurosidad científica, mientras los modelos humanista y existencial centraron su atención en la terapia, sin prestar atención por la constatación empírica (Hervás, 2009). Aunque “como concepción teórica debemos aclarar que a la fecha la Psicología Positiva carece de un modelo teórico unificado, con una base epistemológica única y coherente” (Castro, 2010, p. 20).

Aunado a la falta de unidad epistemológica, Fernández-Ríos y Comes (2009) lanzan una serie de críticas hacia la Psicología Positiva, tales como el que no aporta nada nuevo al acervo de la psicología y que incluso muchos de sus temas han sido abordados por el ser humano desde tiempos inmemoriales. Así también, mencionan que tales conceptos se reducen a fortalezas cognitivo-emocionales por lo que la variedad de terminologías es estéril y confusa. Cuenta con una metodología excesivamente cuantitativa, presenta un individualismo acontextual, neurobiologización y psicobiologización, supone una tiranía de una actitud positiva perfeccionista, un realzamiento universal del self, inconveniencia de un alta autoestima, controversias filosóficas inútiles. Concluyen diciendo que: "Su contenido se hubiere podido incluir igualmente dentro de la psicología de la salud o sencillamente en el campo general de la psicología" (p. 11).

Gancedo (En Mariñelarena-Dondena y Gancedo, 2011), alerta sobre el riesgo de caer en una dicotomía entre lo positivo y negativo que simplifique la complejidad del ser humano. Por su parte, Castro (2010) menciona que de manera paradójica el reconocimiento cabal y la integración de la psicología positiva en los ámbitos académicos devendrá en su desaparición, en donde la Psicología integrará tanto los aspectos positivos y negativos del ser humano, por lo que “su desaparición será, en este caso, una certificación de su éxito” (p. 41).

Modelo de la resiliencia

Concepto de resiliencia. A continuación se elabora un recorrido por la definición del concepto de resiliencia, los elementos que la componen, el contexto de su surgimiento y las transformaciones que ha sufrido a lo largo de su evolución.

Definición de resiliencia. Toda vez que han sido establecidos los antecedentes y componentes de la resiliencia, es posible adentrarse en su caracterización partiendo de estos fundamentos.

El concepto de resiliencia es definido por Walsh (2004) como la “capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida” (p. 26). Por su parte, Rutter (1999) menciona que operacionalmente la resiliencia se refiere a que “ha habido resultados positivos para alguien a pesar de que la situación de su experiencia mostrara un mayor riesgo a desarrollar patología” (p. 119). En una obra posterior Rutter define la resiliencia como la “relativa resistencia a las experiencias de riesgo del medio, la superación de estrés o adversidad, o un resultado relativamente bueno a pesar de las experiencias de riesgo” (Rutter, 2012, p. 34).

El constructo resiliencia conlleva de este modo, no sólo el superar los obstáculos de manera estoica, sino sobre todo, el salir fortalecido de las adversidades. La resiliencia es un proceso dinámico que depende de factores que

operan antes, durante y después de la adversidad (Rutter, 2012), por lo que no se trata simplemente de lo que ocurra en el momento de la crisis.

La resiliencia es “algo en gran medida adquirido, que varía conforme va desarrollándose la existencia y que difiere en función de la naturaleza del estrés (...) implica un efecto duradero, un proyecto de vida; es dinámica” (Tomkiewicz, 2004, p. 35). Así también, Grotberg (2001) menciona que “la resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobre ponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (p. 20). Por su parte Kotliarenco (1997) llega a identificar nueve diferentes definiciones, agrupando las distintas perspectivas sobre el término que proporcionan los principales autores que trabajan con la resiliencia.

Elementos de la resiliencia. Infante (2006) remarca que si bien existen distintas definiciones sobre el concepto de resiliencia, aquellos que se apegan al modelo ecológico-transaccional comparten tres elementos comunes:

En primer lugar se encuentra la noción de adversidad, entendida como aquella que “puede designar una constelación de muchos factores de riesgo (tales como vivir en pobreza), o una situación específica (como la muerte de un familiar)” (Infante, 2006, p. 36).

La adaptación positiva es el segundo elemento. Esta se considera “cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no ha habido signos de desajuste” (Infante, 2006, p. 37). La noción de adaptación positiva implica de alguna manera, un modelo normativo que puede responder a cierta ideología imperante sobre la idea de normalidad. Así también, conlleva que el desarrollo humano goza de relativa heterogeneidad en sus áreas, de este modo, si continúan las condiciones favorables, se puede dar continuidad a los mecanismos resilientes a lo largo de la vida.

Como contraparte a la adaptación positiva se encuentra la desadaptación que se refiere a un cierto calificativo basado en el comportamiento promedio de un grupo de referencia, desadaptado es aquel que no responde a los cánones

establecidos. La adaptación más o menos exitosa que se puede presentar ante cierto nivel de estrés, guarda una relación con las características de las personas que incluyen el grado de vulnerabilidad consensado socialmente (Kotliarenco, 1997).

Rutter (2012) distingue lo que llama *efectos fortalecedores* (*steeling effects*) referidos como aquellas “circunstancias significativas en las que los individuos son de hecho fortalecidos por la experiencia de reto, estrés o adversidad” (p. 36). Son de alguna manera especulativos en los estudios empíricos, además de que no necesariamente involucran la influencia de contextos sociales, pueden darse de forma individual y por lo tanto no ser producto de la resiliencia. De cualquier modo, la evidencia sugiere que la adaptación física y la habituación psicológica están envueltas en el enfrentamiento exitoso de la adversidad y que esta es más probable cuando existe un sentido de autoeficacia, sin presentar contradicción total con el concepto de la resiliencia.

Como tercer elemento se encuentre el proceso, que hace referencia a la interacción entre una multiplicidad de factores de riesgo y protección, como pueden ser los familiares, afectivos, cognitivos, biológicos, socioeconómicos y culturales (Infante, 2006). Sobre esta noción se fundamenta uno de los pilares más sólidos de la resiliencia.

Contexto del surgimiento de la resiliencia. La resiliencia es un concepto relativamente nuevo en el campo de la Psicología, sus estudios han cobrado especial interés en los últimos 20 o 30 años (Rutter, 1999).

El desarrollo del concepto no puede entenderse sin las investigaciones pioneras de Werner (García-Vesga y Domínguez-De la Ossa, 2013; Villalba, 2003), psicóloga estadounidense apegada a la tradición positivista y pragmática, quien en un estudio longitudinal dio seguimiento durante 30 años a 500 niños en Hawái en condiciones de riesgo y precariedad que contaban con un pronóstico desfavorable; sumergidos en un medio ambiente de miseria, con problemáticas de alcoholismo en sus padres, violencia en el medio, etc. El hallazgo más importante

fue que el tres por ciento de estos niños sin ningún tipo de cuidado especial logró tener “una vida plena de sentido (meaningful life): fue a estos a los que Emmy Werner llamó *resilientes*” (Tomkiewicz, 2004, p. 36).

De manera contraria a lo propuesto por las teorías deterministas, no todas las personas que habían experimentado algún suceso traumático o condiciones adversas presentaban necesariamente complicaciones, sino que una parte de ellos resolvían sus problemas de forma exitosa, sin presentar los daños que pudieran preverse a partir de dichas teorías. La interrogante que servía como eje de estas investigaciones se puede plantear de la siguiente manera: ¿qué hace que ante ciertas adversidades algunos niños puedan superarlas y adaptarse, mientras que otros no logran hacerlo? (Villalba, 2003).

El concepto cobró una difusión inmediata, pudiendo observarse a través de las crecientes publicaciones sobre el tema. Para los años noventa ya se encontraba circulando tanto en Estados Unidos, como en Europa (Tomkiewicz, 2004). Dos son los factores que Tomkiewicz (2004) atribuye al interés científico del concepto resiliencia. En primer lugar se encuentra la aclaración del concepto y en segundo la búsqueda de factores que lo componen.

En relación a la definición del concepto, se considera que la resiliencia no es absoluta, sino que tienen límites y puede variar, dependiendo tanto del tipo de agresión como del periodo de vida en que se encuentre la persona (Rutter, En Tomkiewicz, 2004). Así también, el origen de la resiliencia es tanto intrínseco como epigenético. Aspectos novedosos en comparación con los imperantes en la época que se limitaban a rasgos estables en los individuos.

La búsqueda de los factores que caracterizan a las personas resilientes constituye el segundo factor de éxito que atribuye Tomkiewicz al concepto. Es importante destacar que aun cuando se habla de factores resilientes no se hace referencia únicamente a las características intrínsecas de las personas, como pudieran ser el temperamento o el CI, o a las características del medio en el que viven las personas, tales como una familia que brinde apoyo o asistir a una

escuela. En estos casos más bien se estaría haciendo alusión a factores de riesgo y de protección. La resiliencia por su parte no se limita a lo anterior, sino que como apuntan Tomkiewicz (2004) y Cyrulnik (2004) implica la interacción permanente entre los factores intrínsecos y extrínsecos.

En cuanto a su aplicación, Tomkiewicz (2004), retomando a Michaud distingue tres ámbitos. El primero de ellos se refiere al biológico, en que la resiliencia entra en juego ante “las desventajas congénitas o adquiridas como consecuencia de una enfermedad o de un accidente” (p 38). En seguida se encuentra el ámbito privado que distingue por una parte, lo familiar que consiste en el éxito de las personas provenientes de familias consideradas conflictivas, y por otra parte lo microsociedad donde surge la resiliencia en medios castigados por la pobreza, la marginalidad y la violencia social. Por último se encuentra el ámbito histórico o público representado por las catástrofes tanto naturales como provocadas por el hombre, en las que se moviliza la resiliencia de manera conjunta.

Desde la cuestión empírica, el interés por el enfoque de la resiliencia se encuentra sustentado por los resultados en tres áreas de la investigación (Rutter, 1990 En Kotliarenko, 1997):

1. Consistencia de los datos empíricos en cuanto a las diferencias individuales entre poblaciones de alto riesgo. Los estudios sobre resiliencia se han caracterizado por un rigor metodológico que permite realizar tales tipos de contrastaciones.
2. Estudios sobre el temperamento. Se han realizado investigaciones, algunas de tipo longitudinal, sobre el papel del temperamento en el desarrollo de la resiliencia (Kotliarenko, 1997; Rutter, 1999; Cyrulnik, 2004).
3. La posibilidad de observar la manera en que las personas enfrentan las situaciones de sus vidas. Ya se trate de desastres naturales, situaciones de riesgo u otro tipo de adversidades.

Evolución del concepto.

La resiliencia como rasgo. El primer momento en el desarrollo del concepto resiliencia, se caracteriza por tratar de identificar las características que distinguen a las personas que superan las adversidades y aquellas que no logran hacerlo, es decir, las cualidades que tienen los sujetos para enfrentar las adversidades. De este modo la resiliencia es entendida como un conjunto de rasgos inherentes a la persona que le permiten salir adelante ante el estrés psicosocial. Tal perspectiva sobre la resiliencia la transforma en un concepto estático que se presenta de manera continua en la vida de las personas.

Los resultados de las investigaciones en los ochenta pertenecen a un enfoque psicobiológico, haciendo énfasis en el rol activo de las personas ante lo que les acontece. De forma progresiva el foco de atención se fue ampliando hacia los factores externos:

La gran mayoría de las investigaciones de esta generación podrían adscribirse al modelo tríadico de resiliencia, que consiste en organizar los factores resilientes y de riesgo en tres grupos diferentes: los atributos individuales, los aspectos de la familia y las características de los ambientes sociales en que los individuos se hallan inmersos (Infante, 2006, p. 33).

La limitación que presenta esta etapa es en un primer momento centrarse solamente en el individuo y específicamente en sus rasgos, y en segundo lugar al ampliar la visión y considerar no solo los aspectos individuales, sino también los familiares y sociales los concibe como inconexos.

La resiliencia como proceso. Como una respuesta al estatismo de las primeras investigaciones surge la propuesta de concebir la resiliencia ya no como un rasgo de la personalidad del sujeto, sino como proceso, lo que dota al concepto de un carácter dinámico.

La segunda generación sobre el estudio de la resiliencia pertenece a mediados de los noventa. Tales investigaciones centran su atención en los procesos dinámicos entre las cuestiones individuales, familiares y comunitarias.

En este sentido, las perspectivas actuales sobre resiliencia ponen énfasis en considerarla como un fenómeno complejo. “La resiliencia involucra un rango de procesos que reúnen una diversidad de mecanismos que operan antes, durante y después del encuentro con la experiencia estresante o adversidad que está siendo considerada” (Rutter, 1999, p. 135). Desde esta visión de complejidad se adopta una perspectiva ecológico-transaccional basada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987; Villalba, 2003).

El que la resiliencia se considere un proceso “significa que ésta no es una simple respuesta a una adversidad” (Grotberg, 2001, p. 27). Además de las características individuales se agregan como elementos importantes a considerar en los procesos de resiliencia, la interacción entre individuo, familia y medioambiente; siendo este interjuego la base para la comprensión de los procesos resilientes. “Una perspectiva ecológica toma en cuenta las numerosas esferas de influencia que obran sobre el riesgo y la resiliencia durante el periodo de vida de la persona” (Walsh, 2004, p. 37). Se considera de esta forma la interacción de diversos sistemas como la familia, la escuela, el grupo de pares, el trabajo y los sistemas sociales más amplios.

Otra de las grandes transiciones dentro de las investigaciones sobre resiliencia es que transitó de un modelo centrado en enfermedad a un modelo salutogénico (Antonovsky, 1996), orientado hacia el bienestar y en las posibilidades de las personas y las familias. De este modo, Walsh propone que “la resiliencia se forja, no a pesar de la adversidad, sino a causa de esta: las crisis y penurias de la vida sacan a relucir lo mejor que hay en nosotros cuando hacemos frente a tales desafíos” (2004, p. 30).

La perspectiva evolutiva es también adoptada por las recientes investigaciones en este campo. Partiendo del supuesto de que la resiliencia no se

agota en las características intrínsecas del sujeto, que funcionan de manera constante a lo largo de la vida y ante una diversidad de situaciones, “para comprender la resiliencia es preciso, además, contar con una perspectiva de desarrollo individual y familiar que tenga en cuenta el ciclo vital” (Walsh, 2004, p. 38). De esta forma la resiliencia no solo se desenvuelve en la transición entre cada una de las etapas evolutivas, sino que puede incluso, desarrollarse en cualquier etapa de la vida.

Procesos de la resiliencia. En este apartado se revisan las formas que puede tomar la resiliencia, el carácter activo de los procesos resilientes, su desarrollo y las características a las personas consideradas resilientes, haciendo énfasis en los adolescentes.

Formas de resiliencia. Considerando que los procesos resilientes no son ajenos a los contextos en los que se desarrollan las personas, Tomkiewicz (2004) discierne entre tres acepciones sobre el concepto. La primera agrupa a personas cuya resiliencia implica salir de los parámetros sociales de la legalidad y moralidad para poder subsistir en un ambiente conflictivo –basta recordar a los niños en situación de calle-. La segunda manera de concebir la resiliencia no solamente implica la sobrevivencia, sino que “es preciso convertirse en un ser humano moral, incluso oblativo, que consiga hacer el bien a su alrededor” (Tomkiewicz, 2004, p 40), con lo que encajaría en los valores <<socialmente correctos>> de la ideología imperante. La tercer acepción, restringida sólo a unos cuantos, se refiere a que “no basta ser <<políticamente correcto>> es preciso recobrase y subir muy alto, es preciso tener más éxito que la media de las personas y servir de modelo a las poblaciones maravilladas” (Tomkiewicz, 2004, p 40).

Sobre el carácter activo de la resiliencia. Si se entiende la resiliencia como un proceso, cada uno de los elementos que participan de ella es indispensable para que puedan generarse los mecanismos resilientes. Ahora bien, es importante subrayar cierta peculiaridad que surge del elemento individual; tal singularidad se refiere al carácter activo de la resiliencia. Cyrulnik (2004) lo pone de manifiesto al mencionar que aun cuando son necesarios los otros para

desarrollar los procesos resilientes “los niños no son pasivos, son coautores de sus escenarios de comportamiento” (Cyrułnik, 2004, p. 29). Infante (2006) hace lo propio al puntualizar que la aproximación a partir de la resiliencia “considera al individuo como un agente de su propia ecología y adaptación social (...) capaz de buscar sus propios recursos y salir fortalecido de la adversidad” (p. 48).

La resiliencia es pues un proceso activo, ya que como recuerda González-Arratia (2008) “El adolescente tiene que construir conscientemente su propia resiliencia (...) es más un protagonista que un receptor” (pp. 43-44). Así también sobre el carácter de constructo, Manil (2013) menciona que “la emancipación comienza, la resiliencia se esboza, cuando la persona se aventura a adoptar otra organización del comportamiento, o incluso un patrón de vida diametralmente opuesto al que le fue impuesto” (p. 36).

Desarrollo de los procesos de resiliencia. Tal como se ha mencionado anteriormente, al concebir la resiliencia como un proceso se pone en juego la interacción entre distintas áreas como lo son la individual, la familiar y la social. De esta forma la resiliencia goza de un carácter interactivo.

Desde el punto de vista biológico Monroy y Palacios (2011) ponen de manifiesto los mecanismos subyacentes a la carga genética en los procesos de resiliencia. Las autoras destacan un modelo de interjuego gen-medioambiente, subrayando que sobre la base de la predisposición genética, el estrés desencadena en el nivel biológico toda una serie de neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas que alteran el sistema nervioso central y autónomo, pudiendo producir una carga alostática; entendiendo la alostásis como “la habilidad para mantener la estabilidad, a pesar del cambio, es un proceso de adaptación al estrés agudo (...) lo ideal es que una vez suprimido el estrés agudo se llegue a un estado de homeostasis” (p. 240). Si bien se atribuye un peso importante a la carga genética no se debe perder de vista que el afrontamiento que se tenga ante el estrés es la otra parte del binomio.

Cyrulnik (2004) por su cuenta, defiende que el ser humano no está totalmente determinado genéticamente, dado que el medio ejerce una influencia incluso en la expresión o inactivación del material del ADN. Tal aseveración se encuentra sustentada por Rutter (2012), quien menciona que:

existe fuerte evidencia de que la influencia genética tiene un fuerte rol en la moderación de los efectos del riesgo del medio ambiente (probablemente a través de un impacto en la susceptibilidad hacia el medio ambiente y no solo en la respuesta hacia las circunstancias adversas), (...) aunque no significa que los efectos genéticos determinen irrevocablemente los resultados (p. 39-40).

Siendo así, los *procesos internos de la resiliencia* se ponen en marcha desde las interacciones precoces, de tal modo que la diferencia entre innato y adquirido deviene estéril. Siguiendo esta línea, Cyrulnik (2004) plantea que la constitución del temperamento inicia antes del parto, desde la vida intrauterina, construyéndose a partir de las interacciones prenatales. “Pertenece a una cultura que considera que nuestra vida comienza con el nacimiento, mientras que la ontogénesis y el moldeado del temperamento comienzan de hecho varias semanas antes (...) hay aprendizajes que son posibles antes incluso del nacimiento” (Cyrulnik, 2004, p. 21).

Se remarca de esta manera que las teorías deterministas son insuficientes para dar cuenta de la complejidad de los procesos interactivos que subyacen a la experiencia humana. El sustrato biológico se mediatiza a través del componente sociocultural, por lo que “una parte de nuestro cerebro se halla moldeada por la organización cultural del entorno y por la lengua” (Cyrulnik, 2004, p. 26).

A partir de las relaciones que se establecen desde pequeños con los padres, se va configurando lo que Cyrulnik llama la burbuja sensorial, entendida como la forma de interacción influida por el medio en el que “la estabilización de un rasgo temperamental consiste en tejer una serie de procesos biológicos y de relación” (Cyrulnik, 2004, p. 25).

Con gran claridad Cyrulnik (2004) engloba el devenir del desarrollo de los procesos resilientes desde lo biológico a lo cultural, desde las interacciones primarias a los macrosistemas, al establecer que:

ningún niño puede volverse resiliente por sí solo. Para adquirir sus recursos internos debe encontrar a su alrededor, durante su primera infancia, una burbuja afectiva que permita grabar en su memoria un proceso de estabilidad interna que le incite a buscar el tranquilizante que necesita. Después, sus recursos internos quedarán impregnados por la estabilidad del entorno. Se metamorfoseará por efecto de la palabra, abandonará el mundo de la biología, de la sensorialidad, para entrar en el de los relatos (Cyrulnik, 2004, p. 30).

Un acontecimiento traumático podrá ser concebido como vergonzoso o digno de orgullo dependiendo del sentido que se le atribuya al hecho. “Los mecanismos de resiliencia dependerán entonces del discurso que el niño haya hecho sobre sí mismo” (Cyrulnik, 2004, p. 26). El lenguaje mismo responde a procesos de interacción que se dan en el seno de la familia, por lo que “nuestros hijos no pueden desarrollarse más que en nuestra historia y en nuestros problemas” (Cyrulnik, 2004, p. 28).

Cuando un niño se encuentra en situación de abandono puede desarrollar resiliencia si un adulto ejerce cuidado sobre él. A esto es a lo que Cyrulnik (2004) llama tutor de resiliencia. El desarrollar un vínculo con una persona que se interesa en él le provee de herramientas para fortalecer sus capacidades resilientes:

para que un niño se vuelva resiliente, es preciso antes que nada que tenga confianza en sí mismo, que se respete como persona, para que respete a los demás. Ahora bien, para que se vuelva así, el cachorro humano tiene necesidad de que se le valore; ha de sentirse amado y respaldado (Tomkiewicz, 2004, p 47).

Los adultos, tienen una función inmediata como *otro*, sin embargo opera también un mecanismo de mediación de la cultura en la que se encuentran inmersos. “Para hacer que un niño se vuelva resiliente, es necesario actuar tanto sobre la adquisición de recursos internos como sobre el discurso social, susceptible de dar forma a unos tutores de resiliencia asombrosamente diferentes” (Cyrulnik, 2004, p. 29). Una vez que ha sido fundada la estabilidad interna que provee la relación establecida con los otros significativos y la cultura a través de ellos, se han sentado las bases sobre las cuales se puede erigir la resiliencia, en palabras de Cyrulnik (2004):

un niño herido y solo no tiene ninguna oportunidad de convertirse en resiliente. Es preciso que, antes del hecho traumático, haya quedado grabado en el fondo de su memoria algo que haya creado una estabilidad interna que le permita hacer frente al encontronazo y reanimarse después (p. 20).

Se establece de este modo que los procesos de adquisición de la resiliencia tienen un alto componente relacional y de incorporación de la cultura.

Características de la resiliencia. Entre las principales características psicosociales identificadas a partir de las investigaciones de los niños y niñas llamadas resilientes –pudiendo extrapolarse hacia los adolescentes- se encuentran ciertos atributos como tener un nivel socioeconómico alto, pertenecer al género femenino para prepúberes y masculino de la pubertad en adelante, ausencia de déficit orgánico, temperamento fácil, menor edad al momento del trauma y ausencia de separaciones. En relación al medio social se destaca la competencia de los padres, tener una relación cálida con un cuidador, contar con apoyo de la familia o una red social ya sea formal o informal. En cuanto al funcionamiento psicológico se encuentran: mayor coeficiente intelectual, estilos de afrontamiento y autogestión, locus de control interno, habilidades sociales y de enfrentamiento, capacidad de planificación y el sentido del humor (Kotliarenco, 1997).

Respecto al procesamiento cognitivo Rutter (1999) menciona que “porque las personas difieren sobre cómo ven las malas experiencias que han tenido, parece razonable suponer que las diferencias individuales en los estilos de procesamiento cognitivo puede ser importante para determinar si se desarrolla o no la resiliencia” (p. 134).

Entre los principales factores que promueven la resiliencia se distinguen las características del temperamento, la capacidad intelectual, naturaleza de la familia, pertenecer al género femenino, las relaciones con pares, autoestima alta y la disponibilidad a fuentes de apoyo externo. Es crucial distinguir que ningún factor en particular, por sí solo, promueve o asegura la resiliencia (Kotliarenco, 1997).

En este sentido Rutter (2012) se pronuncia en cuanto a la interacción de las características de la resiliencia argumentando que:

involucra un rango de cualidades individuales que incluyen la agentividad activa, respuestas flexibles a circunstancias variantes, la habilidad de tomar ventaja de las oportunidades, un estilo autoreflexivo que hace más fácil aprender de las experiencias, y un compromiso hacia las relaciones. Las influencias familiares, mediadas ambiental y genéticamente, son importantes, pero también lo son los efectos de la escuela, el grupo de pares y la cohesión y eficacia comunitaria (p. 41).

Dentro de las características resilientes se ha prestado especial atención al papel que juega el sentido del humor en dichos procesos. Se le considera como una herramienta para superar las adversidades. No se trata simplemente de una actitud ilusa que niega las adversidades de la vida, así como tampoco se trata de una aproximación cínica o burlesca ante los problemas ante los que las personas se enfrentan, sino más bien, de una diversidad de procesos de afrontamiento que les permiten no sólo superar las complicaciones, sino además, enriquecerse de ellas.

El humor surge ante la sorpresa producida por algo que en el mundo es inesperado, este suceso extraño abre una visión sobre lo negativo y lo positivo en el mundo, más al centrarse en lo positivo crea la confianza en que las cosas pueden mejorar, aportando un componente de esperanza; a este proceso Vanistendael (2013) lo llama la *forma de inteligencia vital* vinculada directamente a la resiliencia como una forma de *realismo optimista*. De esta forma el humor es más que un mecanismo de defensa, puesto que permite realizar reestructuraciones cognitivas de la realidad, liberar la tensión emocional, propiciar un bienestar físico, mejorar las relaciones interpersonales, recuperar la confianza, mantener un equilibrio entre ideal y realidad, así como dar un significado a la vida (Vanistendael, 2013). La creación de lo insólito es la fuente de humor, que funge como un elemento resiliente (Cyruilnik, 2004).

Manil (2013) por su parte menciona que “el humor ofrece precisamente la oportunidad de relativizar, de desdramatizar las desgracias potenciales” (p. 33), ya que a partir de dos sentidos lógicos opuestos percibimos de la realidad mediatizada por el lenguaje una tercera posibilidad que llamamos humor.

Es de vital importancia para este estudio destacar que si bien gran parte de la literatura trata sobre resiliencia ante catástrofes o adversidades extremas, Manciaux acota que (2004) “puede tratarse de situaciones extremas, pero también de lo que yo llamo <<desgracias ordinarias>>, desgracias que sobrellevan las muchas de las personas que nos rodean” (p. 225). La resiliencia no solo sería útil sobre el estudio sobre superar las adversidades catastróficas, sino incluso los riesgos (Infante, 2006). En este sentido, la resiliencia se presenta como un marco por demás pertinente para el estudio del riesgo suicida en adolescentes.

Distinción del concepto. En aras de la claridad conceptual, es imperante realizar ciertas distinciones entre la noción de resiliencia y otros constructos con los que guarda ciertas semejanzas. La resiliencia es diferente a la invulnerabilidad, al afrontamiento (coping), a los factores de protección, a las competencias, robustez (hardiness) y a las aportaciones de la psicología positiva de la manera siguiente:

Invulnerabilidad. Ante la interrogante sobre qué hace que ciertas personas superen la adversidad mientras que otras no lo logran, surgió el concepto de invulnerabilidad que “implica tener una resistencia absoluta al daño, ser intrínseca del sujeto, sugiriendo que es estable en el tiempo y que se aplica a todas las circunstancias de riesgo” (Monroy y Palacios, 2011). El concepto de niño invulnerable cobró popularidad en la década de los 70 designando “niños que parecían constitucionalmente tan fuertes, que no cedían frente a las presiones del estrés y la adversidad” (Kotliarenco, 1997, p. 6).

El término invulnerabilidad, proviene de la tradición francesa y estadounidense, acuñado por los psiquiatras Koupernik y Anthony. En la invulnerabilidad actúan tres elementos: el sujeto, la agresión y la intensidad de esta última. La razón por la cual el concepto ha quedado en desuso es que “sobreevalúa, aunque no lo afirme explícitamente, una cualidad del ser humano que es a un tiempo intrínseca (e incluso genética), es decir, permanente a lo largo de toda la vida, y absoluta (sea cual sea la naturaleza de la agresión o del acontecimiento traumático)” (Tomkiewicz, 2004, p. 35). La debilidad del término consiste en que la resiliencia es siempre relativa y no absoluta, puede variar en el tiempo y depender de la etapa evolutiva en que se encuentre la persona (Rutter, 1985 En Kotliarenco, 1997).

Siendo la invulnerabilidad considerada como un rasgo intrínseco de las personas no puede ser desarrollado ni promovido, mientras que la resiliencia entendida como proceso, está en condiciones de hacerlo (Infante, 2006).

En su sentido opuesto, si se realiza una aproximación hacia una persona considerándola como vulnerable se limitan las posibilidades de esta última, puesto que se centra en un enfoque del déficit y no en las potencialidades. En contra del concepto de vulnerabilidad que hundía en un pésimo pronóstico a aquellos que habían pasado por alguna catástrofe, el concepto de resiliencia rompe con tal dictadura pronóstica, abriendo posibilidades de una vida mejor. Desde el concepto de invulnerabilidad las personas saldrían incólumes ante las adversidades, mientras que en la resiliencia más allá de solamente atravesar las

crisis saliendo ileso, la experiencia adversa surte un efecto, si bien doloroso, enriquecedor (Walsh, 2004).

Afrontamiento (Coping). Si bien, la resiliencia guarda bastante similitud con el término coping, éste último es esencialmente individual por lo que ignora el contexto y la influencia social (Rutter, 2012). *To cope with* de origen inglés significa hacer frente o arreglárselas. Se trata de un concepto que si bien se sigue utilizando, no goza de tanta difusión, probablemente debido a su estaticidad. Para tal efecto, Manciaux (2004) elabora la siguiente apreciación:

Considero que el coping es más bien una reacción en lo inmediato, una reacción a una situación dada, mientras que la resiliencia lo es en un lapso de cierta duración. La resiliencia está compuesta por dos facetas inseparables: por un lado, la destrucción, el descalabro; por otro, la reconstrucción, la dinámica existencial, el proyecto de vida nueva o de una vida mejorada y reanudada (p. 226).

Factores de protección. La resiliencia no debe confundirse con los factores de protección, una persona puede verse rodeada de factores protectores sin ser resiliente, así como una persona puede encontrarse en medio de factores de riesgo y superarlos de forma resiliente (Grotberg, 2001). Así también, la resiliencia se distingue del simple balance entre los factores de riesgo y protección, ante los cuales la mayoría de los grupos de personas reaccionaran de manera general del mismo modo. Mientras que en la resiliencia se encuentran una posibilidad heterogénea (Rutter, 2012).

Importante es recordar además que “un mismo elemento, en una misma persona, pero en momentos diferentes, puede ser una factor de protección o, por el contrario, un factor de riesgo” (Manciaux, 2004, p. 226). En el mismo sentido, Kotliarenco retomando a Rutter (1990, En Kotliarenco, 1997) remarca que una misma variable puede fungir ya sea como factor de riesgo o de protección dependiendo de las circunstancias e intensidad en que se presente. De esta manera queda establecido que la complejidad de la resiliencia no se explica

simplemente a partir de los factores de protección, así como tampoco se da cuenta de ella a partir del balance entre los factores de riesgo y protección.

Kotliarenco (1997) remarca la relación que existe entre la pobreza y la adversidad, desde el enfoque de resiliencia se considera a la primera como un factor de riesgo. Por otra parte, la resiliencia se centra en las cuestiones sobre las que las personas no resultan dañadas por la adversidad. Según Werner (1989, En Kotliarenco, 1997) el desarrollo de políticas públicas puede ir en dos sentidos, ya sea disminuyendo los factores de riesgo o aumentando los factores de protección.

Competencias. El enfoque basado en competencias trata de identificar factores a partir de los cuales las personas consideradas en riesgo resultan exitosas (Kotliarenco, 1997), lo cual es compartido con el acercamiento desde la resiliencia, más esta última no se limita al constructo competencia, puesto que este implica habilidades de enfrentamiento subyacentes, al tiempo que al centrarse en cuestiones comportamentales deja de lado los procesos biológicos que le dan sustento.

Una de las ventajas que se le reconocen al concepto de competencia es que se considera potencialmente cuantificable. Sin embargo, tiene tres limitaciones: Primero, “asume que las influencias causales serán iguales en la población general no estresada que en aquellas que sufren alguna adversidad” (Rutter, 2012, p. 33). En segundo lugar “asume que los resultados serán explicables a partir del balance entre factores de riesgo y protección” (Rutter, 2012, p. 33). En tercer lugar, “asume que todos los individuos responderán de igual forma en el mismo grado” (Rutter, 2012, p. 33-34). Tal homogeneidad se encuentra lejos de corresponder con la realidad humana.

La resiliencia es un concepto interactivo a partir del cual se infiere que las variaciones individuales serían diferentes ante la ausencia el riesgo (Rutter, 2012); lo cual no significa que la resiliencia se limite a efectos de interacción estadísticamente significativos.

Robustez (*hardiness*). El concepto de robustez (*hardiness*) se define como “una combinación de rasgos personales que tienen carácter adaptativo, y que incluyen el sentido del compromiso, del desafío y la oportunidad, y que se manifestarían en ocasiones difíciles” (Kotliarenco, 1997, p. 8), tal como se puede apreciar, tal concepto atribuye a características inherentes de la persona la capacidad de resistencia al estrés, mientras que la resiliencia, sobre todo en la visión actual, pone su atención en los procesos interactivos, más allá de los componentes individuales.

Distinción ideológica. Cabe hacer una última distinción que aún cuando no es conceptual tiene una importancia mayúscula. Se trata de las cuestiones ideológicas a partir de las cuales se puede tomar un modelo teórico con fines de imposición político-ideológica.

El que se constriña el concepto de resiliencia simplemente a los factores intrínsecos e incluso a los familiares implica un riesgo ideológico y ético gravísimo, puesto que de este modo se culpabiliza y responsabiliza a quienes sufren, por ejemplo, la pobreza <<son pobres porque no son resilientes, no vale la pena invertir recursos en ellos puesto que intrínsecamente poseen un déficit>>; lo cual perpetúa las injusticias que a nivel macrosocial tienen un impacto en la vida de las personas (Tomkiewicz, 2004).

Por su parte, Rutter (2012) recalca también desde una perspectiva ética que es importante advertir que aun cuando algunas experiencias negativas o adversas pueden proveer de fortaleza, no deben ser consideradas como algo que deba ser aceptado.

Ante la tendencia de los investigadores de cambiar del paradigma de riesgo hacia la resiliencia se corre el peligro de trivializar la importancia de la salud mental y pública ante desórdenes mentales de gran impacto. En la transición de un paradigma a otro se puede entender equivocadamente que al renombrar los fenómenos con nominaciones positivas se descentraliza del enfoque basado en la

patología (Rutter, 2012), tal como pudiera ser cambiar el estudio de la depresión por el de la felicidad como contraparte.

Se debe ser precavido al tratar de despatologizar la Psicología, en el sentido de que existen efectos mal adaptativos que no pueden ser negados, pues tal como lo menciona Rutter (2012) “no despatologizamos el cáncer o las enfermedades cardíacas porque los factores ambientales juegan un rol mayor en la etiología” (Rutter, 2012, p. 40).

Consideraciones teórico-metodológicas

Críticas epistemológicas. Tomkiewicz (2004) elabora una crítica muy sagaz sobre el estatuto epistemológico del concepto resiliencia. Apunta que dicha crítica proviene del campo de la salud pública y de la Psicología basada en la evidencia, ambas tradiciones que tienen en muy alta estima la objetividad de los hechos en cuanto medibles y cuantificables, que si bien son por demás valiosos, se corre el riesgo de proporcionar un abordaje frío, carente de un sentido de humanidad ante las experiencias humanas de sufrimiento. Tal infravaloración podría sortearse a través de una aproximación que intente comprender la complejidad del significado humano de manera más profunda, como lo puede ser un acercamiento de tipo cualitativo o mixto, “dando la palabra a los resilientes, que son los primeros expertos en resiliencia” (Manciaux, 2004, p. 228).

Una aproximación epistemológica que considere la dimensión cualitativa y cuantitativa es enriquecedora en dos sentidos. En primer lugar, a partir de la comprensión del fenómeno desde los actores mismos, puesto que “toda búsqueda que hunda sus raíces en la experiencia de vida será más iluminadora que andar manejando conceptos de claridad cristalina” (Vanistendale, 2013, p. 11). En segundo lugar, dando paso a la rigurosidad que ofrecen los modelos cuantitativos, ya que como puntualiza Manciaux: “ciertas diligencias epistemológicas pueden ayudarnos a delimitar mejor la resiliencia: una etapa descriptiva, otra analítica, explicativa y una tercera experimental, de evaluación, me parece que constituyen buenos jalones para comprenderla mejor” (2004, p. 228).

Medición de la resiliencia. Las consideraciones epistemológicas antes descritas, encauzan la atención a cuestiones metodológicas insoslayables. Como primer requisito se encuentra el que “el estudio de la resiliencia debe iniciar con una cuidadosa y rigurosa medición cuantificada del riesgo y protección” (Rutter, 2012, p. 35). Para tal cometido, es preciso que “las teorías e investigaciones sobre la base del concepto de resiliencia deben estar sustentadas en el grupo específico al cual está dirigida la intervención” (Infante, 2006, p. 49); siendo la población adolescente un grupo etario que ha gozado de especial atención en este ámbito.

Manciaux elabora una pertinente crítica a la investigación en resiliencia, proponiendo un tipo de experimentación siguiendo en método prospectivo entre casos y controles; además de apelar a la rigurosidad científica, apunta que en relación a la evaluación “actualmente los criterios de que disponemos llevan una fuerte impronta cultural, sociológica y política” (2004, p. 230).

Infante (2006) retomando a Luthar y Cushing (2000, En Infante, 2006) menciona que los tres elementos de la resiliencia (adversidad, adaptación positiva y proceso) se traducen en la metodología de investigación, por lo que la medición de la resiliencia puede dividirse en tres métodos según sea el elemento al cuál se dirija:

Medición de la adversidad. En este tipo de estudio se distinguen tres diferentes: a) medición de riesgo a través de múltiples factores con un solo instrumento, usualmente una escala de eventos negativos; b) situaciones de vida específicas determinadas por el investigador; c) constelación de múltiples riesgos, en la que se considera la interacción de factores individuales, familiares y sociales.

Medición de la adaptación positiva. Incluye también tres maneras de llevarse a cabo: a) adaptación según factores múltiples “sobre la base del logro de metas de acuerdo con la etapa del desarrollo de la persona” (Infante, 2006, p. 45), en la que se pregunta a profesores, padres y amigos; b) ausencia de desajuste en pacientes psiquiátricos a través de cuestionarios clínicos; c) construcción de

adaptación basado en teorías del desarrollo que incorpora puntajes de pruebas o escalas de manera conjunta a las opiniones de personas cercanas.

Medición del proceso de resiliencia. Cuenta con dos formas de medición: a) el modelo basado en variables que consiste en un “análisis estadístico de las conexiones entre variables de riesgo y adversidad, resultados esperados y factores protectores que puedan compensar o proteger los efectos del riesgo” (Infante, 2006, p. 46); b) modelo basado en individuos comparando a aquellos resilientes con los no resilientes.

En la literatura se encuentran una variedad de estudios sobre la resiliencia en adolescentes entre los que destacan los siguientes:

En un estudio para identificar los factores de la resiliencia presentes en adolescentes mexicanos, González-Arratia et al., (2008) desarrolló el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) a través del cual encontró que los adolescentes engloban la resiliencia en seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Una de las dimensiones en la que se obtuvo la media más alta corresponde a la de la familia “siendo el grupo social que ofrece más seguridad y equilibrio emocional al adolescente y es un factor protector en la resiliencia de los individuos” (González-Arratia et al., 2008, p. 49). Poniendo de manifiesto una vez más el papel preponderante que tiene la familia en la comprensión de la resiliencia en los adolescentes.

Villalobos-Galvis et al. (2012) elaboraron una adaptación al español del Suicide Resilience Inventory (SRI) de Osman, en su versión de 25 ítems, comprobando que el SRI-25 es útil para medir la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes escolarizados en San Juan de Pasto, Colombia.

Palomar y Gómez (2010) desarrollaron un instrumento de medición de la resiliencia con población joven mexicana (RESI-M), se trata de una escala con 43 ítems, con cinco factores: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura. Obteniendo un nivel de confiabilidad 0.93.

Limitaciones del concepto. La principal crítica que se arremeten contra el marco de la resiliencia es sobre la falta de consenso al definir el concepto. Más “cada grupo, cada profesional que trabaja en la resiliencia, debe precisar la definición que da de ella. Esa definición podrá ser discutible, pero debe afirmarse. Esto permitirá establecer comparaciones, ya que, sin definición, las comparaciones son imposibles” (Manciaux, 2004, p. 228). La definición a partir de la cual se posiciona cada autor, encauzará el rumbo de la investigación.

Como otra cuenta pendiente dentro del modelo de resiliencia se encuentra el que:

ignoramos cómo se desarrolla el proceso de resiliencia: aunque alineemos los factores de protección y los de riesgo, ese <<clic>> que hace que, en un momento dado, un sujeto hundido en la dificultad tome el desvío correcto y se vuelva resiliente se nos escapa (Manciaux, 2004, p. 226).

Lo anterior no supone una razón para abandonar el concepto, sino un aliciente para redoblar esfuerzos por desentrañar los funcionamientos que den cuenta de tan complejos procesos.

Capítulo 3. Resiliencia familiar

El modelo de resiliencia familiar se ha construido mediante las aportaciones de distintas teorías de la Psicología. Como se mencionó en el capítulo anterior, el modelo salutogénico, el ecológico y la psicología positiva, son antecedentes y fundamentos del enfoque de la resiliencia familiar. Dos teorías restan para dar completud al marco que soporta el modelo de la resiliencia familiar: las aportaciones de la terapia familiar, y las contribuciones del modelo del estrés familiar.

Terapia familiar

La familia como sistema. En la cultura occidental, el grupo primario de referencia es la familia, puesto que:

constituye la principal red de relaciones y fuente de apoyo, continúa siendo para la mayoría de las personas uno de los aspectos más valorados de la vida y, como demuestran innumerables investigaciones, es uno de los principales determinantes del ajuste psicosocial de la persona (Gracia y Musitu, 2000, p. 17).

El estudio de la familia se ha realizado desde diferentes aristas, todas ellas importantes para la comprensión actual de esta configuración humana. Más ello no implica que el concepto de familia se presente como algo acabado y definitivo, ya que como mencionan Gracia y Musitu “la diversidad de la vida familiar no puede reducirse en una única definición. Más bien estas dependen del marco teórico y de los planteamientos epistemológicos que asume el investigador, así como del contexto sociocultural en el que se encuentra” (2000, p. 62).

Los sistemas vivos se encuentran en constante transformación, son activos, autorregulatorios y como sistemas abiertos están en interacción con otros sistemas (Andolfi, 1985). En terapia familiar se considera a la familia como un sistema vivo y abierto. Los elementos que la conforman, es decir, sus integrantes, se relacionan de tal forma que ejercen interacciones recíprocas, en las que las

acciones de uno de los miembros influye y a la vez es influida por los demás integrantes del sistema (Minuchin, 1986).

El sistema familiar es imprescindible para las personas, puesto que en este se desarrolla un sentido de identidad que difícilmente puede darse del mismo modo en otro tipo de instituciones. Dicha identidad se adquiere a través del sentido de pertenencia y de diferenciación hacia la familia. A partir de las interacciones repetidas entre los miembros, se crean pautas de relación sobre las cuales se van ensayando a su vez el tipo de relaciones que tendrán lugar al exterior del sistema (Cusinato, 1992; Minuchin, 1986).

En la familia se encuentran unidades diferenciadas llamadas subsistemas que permiten el desempeño de roles dentro del núcleo familiar. Se encuentran de este modo, los subsistemas conyugal, conformado por la pareja; el parental, que implica a los padres en su rol hacia sus hijos; y filial, constituido por los hermanos (Minuchin, 1986).

El ciclo vital de la familia contiene fases o estadios de desarrollo, sobre los que transita el grupo familiar. A partir de rituales de transición, se van generando tales cambios. Dichas transiciones no se refieren a estancos inamovibles, ya que los estadios pueden variar dependiendo de la familia, las edades de sus integrantes y otras cuestiones del contexto y donde se desarrolla. Si bien existen variaciones en la manera en que las familias transitan por estos estadios, el ciclo vital goza de cierta universalidad al menos en lo que se refiere a la cultura occidental (Cusinato, 1992).

Las tareas evolutivas son el elemento a través del cual se llevan a cabo las transiciones por las etapas del ciclo. En este concepto, tomado de la psicología del desarrollo, aplicado a la familia, se distinguen dos tipos de tareas, las relacionales y las organizativas. Las primeras se refieren a cuestiones emocionales, sobre todo a los lazos que se transforman con la llegada de un nuevo miembro de la familia. Por su parte, las tareas organizativas tienen que ver con cuestiones de funcionamiento en el que los miembros de la familia trabajan por objetivos

comunes que abonan tanto en el sentido individual como al sistema en su totalidad. La consecución satisfactoria de las tareas de desarrollo activa procesos de adaptación que permiten que el sistema continúe funcionando adecuadamente tanto a las demandas internas como externas (Minuchin, 1986).

Al describir el desarrollo familiar desde el modelo circumplejo (Olson, 1991) se integran la teoría de los sistemas y del desarrollo familiar a través del ciclo vital de la familia. Por lo que surge la posibilidad de describir las dimensiones del funcionamiento familiar a la luz de dicho modelo.

La cohesión familiar es definida como “el grado de proximidad recíproca que sienten emocionalmente los miembros de una familia, o de su sentido de conexión o separación respecto de otros miembros de ella” (Olson, 1991, pp. 111-112). Dentro de esta proximidad o conexión se encuentran diferencias tanto en los miembros de la familia como en las etapas del ciclo vital. El punto máximo de cohesión radica en la familia con hijos pequeños, mientras que en la etapa de emancipación se percibe un menor grado de cohesión, aunque se encuentra un aumento en las etapas del nido vacío y el retiro. Los adolescentes de ambos sexos consideran niveles de cohesión notablemente inferiores a los atribuidos por sus padres o madres (Olson, 1991).

La adaptabilidad por su parte es definida como “la posibilidad de una familia de adaptar su estructura, reglas y roles, para hacer frente a los desafíos planteados por sus propias necesidades cambiantes y las de sus miembros, considerados individualmente” (Olson, 1991, p. 113). Del mismo modo que en la cohesión existen variaciones en cuanto a los miembros de la familia y el ciclo vital. Los adolescentes atribuyen a su familia una adaptabilidad mucho menos flexible de la que le asignan sus padres (Olson, 1991).

Los dos componentes del funcionamiento familiar, es decir, la cohesión y la adaptabilidad operan de manera simultánea y mediatizada por la comunicación familiar, siendo esta, el tercer elemento del modelo circumplejo (Olson, 1991).

Adolescencia y familia. La adolescencia es en gran medida una construcción social. Papalia afirma que “antes del siglo XX, no había concepto de adolescencia” (2005, p. 427), sino que se transitaba de la niñez a la adultez al encontrar un oficio y alcanzar la maduración física. Aun cuando se considere la adolescencia como un constructo de nuestra época es crucial entenderla desde algunos sistemas explicativos, ya que como menciona González (2002):

La pubertad es un fenómeno psicobiológico semejante en todas las culturas. Sin embargo, la adolescencia es un periodo de la vida de las personas, más o menos largo, que presenta variaciones según la sociedad en la que cada uno se encuentre (p. 321).

El desarrollo del adolescente involucra cambios en distintas esferas que pueden compartir algunas semejanzas, ya que como menciona Micucci “así como el cuerpo de un adolescente es desproporcionado a causa de que sus diferentes partes crecen de manera despareja, lo mismo se puede decir del desarrollo adolescente en general” (2005, p. 78).

La manera en que el adolescente haga frente a los cambios que se suceden en esta etapa, dependerá en gran medida de cuestiones que se encuentran a su alrededor, puesto que “la reacción del contexto social ante los cambios físicos del adolescente es mucho más importante que los cambios físicos en sí mismos” (Micucci, 2005, p.81), donde la familia juega un papel privilegiado como mediador de tales transformaciones.

El desarrollo de cada uno de los integrantes del grupo familiar se encuentra imbricado al de los otros miembros, debido a que la familia como totalidad ejerce una influencia circular. “Además de verse fuertemente afectados por el contexto familiar, los adolescentes a su vez afectan el contexto del que forman parte” (Fishman, 1995, p. 15). Es importante resaltar que las personas no se disuelven en el sistema familiar, sino que la complejidad de la experiencia humana, hace que sean tanto miembros de un sistema más amplio como lo es la familia, la escuela o la sociedad en general, sin que ello implique perder su individualidad.

Estrés familiar

El interés en la investigación de la familia se remonta hasta los años 20 pero específicamente los estudios sobre estrés familiar se pueden rastrear hacia los años 30, a partir de los esfuerzos por comprender cómo las familias norteamericanas lidiaban con la depresión económica e identificar las “cualidades de las familias para sobrevivir exitosamente a esa experiencia crítica” (Nichols, 2013, p. 5).

En los años 40, Hill (1949, En Nichols, 2013) desarrolla una teoría sobre los esfuerzos que realizan las familias para enfrentar las separaciones y uniones causadas por la segunda guerra mundial. De este modo, se desarrolla el modelo ABCX compuesto por: A el evento estresor; B los recursos familiares de la familia para enfrentar la crisis; C la definición familiar del evento; y X la crisis. Se rompe de este modo con la idea de que los estresores producen crisis de manera lineal al incorporar la posibilidad de que las familias superen eventos sobre los cuales no tiene control (Nichols, 2013). Se destacan tres etapas posteriores a una crisis familiar: desorganización, recuperación y reorganización (Gómez y Kotliarenco, 2010).

A partir de los 70, el modelo se pone a prueba empíricamente, por lo que se desarrollan distintas aportaciones sobre la base del modelo. En 1983, McCubbin propone el modelo Doble ABCX en el que se distinguen los periodos de precrisis: representa a (el estresor), b (los recursos existentes) y c (la percepción familiar de a). El periodo de crisis: x (la crisis). Por su parte, el periodo postcrisis implica: aA (acumulación de estresores), bB (recursos nuevos y existentes), cC (afrontamiento a partir de la percepción de la crisis), xX (adaptación o inadaptación). En esta elaboración se pone énfasis en el concepto de adaptación, entendido como un esfuerzo de la familia por alcanzar el balance (Nichols, 2013).

La revisión del modelo Doble ABCX da como resultado el modelo de respuesta de ajuste y adaptación familiar, FAAR (Family Adjustment and Adaptation Response), en el que se pone énfasis en el balance entre las

demandas y las capacidades familiares mientras estas interactúan con los significados de la familia para llegar a un nivel de ajuste o adaptación (Patterson, 2000).

Se establecen tres etapas de adaptación. 1) resistencia: la crisis demanda un cambio pero la familia se resiste a ello y solo hace ajustes, lo cual la conduce a una crisis; 2) reestructuración: en el cual operan cambios en la estructura familiar tratando de conservar estabilidad y coherencia; 3) consolidación: los cambios realizados se aseguran a través del balance de los miembros hacia la familia y la familia a la comunidad (Nichols, 2013).

Las demandas familiares pueden ser estresores normativos o no normativos, tensiones familiares en marcha o molestias de la vida cotidiana, muchas demandas son equivalentes a factores de riesgo. Las capacidades familiares incluyen recursos tangibles y psicológicos (lo que la familia tiene) y comportamientos de afrontamiento (lo que la familia hace). Las capacidades son similares a los factores de protección. Estos pueden surgir ya sea de un miembro de la familia, la familia como unidad o de contextos comunitarios. Los significados familiares por su parte, pueden ser situacionales o pertenecer a su identidad como familia, su visión del mundo. (Patterson, 2000).

En 1989 McCubbin y sus colaboradores proponen el Modelo T-Doble ABCX en el que integran la noción de categorías familiares (T), entendidas como los patrones familiares de funcionamiento establecidos. En este modelo se integra además, la perspectiva del ciclo vital; la vulnerabilidad (V), determinada en parte por la acumulación de estresores y la presión asociada al estadio del ciclo vital de la familia. Así también, se incluye el repertorio y capacidades de afrontamiento y resolución de problemas (PSC); así como, el esquema familiar, enfatizando la importancia de las visiones, valores y creencias compartidas por la familia, (Nichols, 2013).

El constructo de esquema familiar se entiende como “un componente estable que permite a la familia asignar significado a los eventos estresantes en

sus vidas y desarrollar congruencia entre esos significados y sus patrones de funcionamiento” (Hawley & DeHaan, 1996, p. 60).

A principios de los 90 se propone el Modelo de Resiliencia de Ajuste y Adaptación Familiar en el que enfatiza la perspectiva relacional; se integran cuatro dominios de funcionamiento: a) relaciones interpersonales, b) desarrollo, bienestar y espiritualidad, c) relaciones comunitarias y naturaleza y d) estructura y función. Se incorporan también cinco niveles de evaluación familiar de los estresores: a) esquema (ccccc); b) coherencia (cccc); c) paradigmas (ccc); d) evaluación de la situación (cc), e) evaluación del estresor (c). De este modo, se establecen cuatro categorías familiares principales: regenerativa, versátil, rítmica y tradicionalista. Se suman además, los nuevos patrones de funcionamiento (TT), los recursos familiares (BB) y el apoyo social (BBB) (Nichols, 2013).

Este modelo propone una tipología de familia dependiendo del funcionamiento familiar en relación a la adaptación al estrés. Las familias regenerativas exhiben patrones de coherencia y robustez; las familias rítmicas se centran en el tiempo y las rutinas; por su parte las familias resilientes presentan flexibilidad y unión. Los tipos de familia interactúan con los recursos, el apoyo social, la apreciación de la situación y las habilidades de resolución de problemas y enfrentamiento (Hawley & DeHaan, 1996).

Alcanzado este nivel teórico, el estrés y los retos se consideran como oportunidades para fomentar la curación y el crecimiento (Black y Lobo, 2008). La principal diferencia entre los modelos de estrés familiar y los de resiliencia familiar, es que mientras en los primeros se plantea un tránsito por una serie de eventos similares en las secuelas de una crisis, generando incluso tipologías familiares; en el modelo de resiliencia familiar se reconoce que cada familia es única y puede evolucionar de manera distinta (DeHann, Hawley, y Deal, 2013).

Modelo de resiliencia familiar

Caracterización. El enfoque de resiliencia familiar surge de la confluencia entre las aportaciones de la resiliencia individual, surgida principalmente de la psicopatología del desarrollo, y del estudio de la familia emanado de la práctica clínica. Se trata de una orientación centrada en las fortalezas, que se aleja de los modelos basados en el déficit (Nichols, 2013).

Los primeros estudios sobre la familia consideraban a este grupo social como una fuente de patologías de la cual la persona debía independizarse. De manera gradual, las investigaciones fueron transitando, primero, hacia la consideración del espacio familiar como un contexto que favorece el enriquecimiento de los individuos, y de ahí, a percibir a la familia como una unidad de procesos resilientes en sí misma (Nichols, 2013).

Para que pudiera ser superada la visión del sistema familiar como influencia negativa hacia las personas, fue necesario que se desmintieran ciertas idealizaciones sobre la familia. Dos son los mitos sobre la familia “normal”. El primero de ellos, es que las familias sanas no tienen problemas. Este mito se encuentra basado en la idea del modelo médico de entender la salud como ausencia de enfermedad, aunque de hecho, lo que distingue a las familias sanas “no es la ausencia de problemas, sino más bien, su capacidad de superarlos y resolverlos (...) El segundo mito es la creencia de que la ‘familia tradicional’ idealizada es el único modelo posible de una familia sana” (Walsh, 2004, p. 41-42).

En la familia idealizada de los años 50 se tenía una estructura de padre como proveedor, mientras que la madre era ama de casa al cuidado de los hijos. En la actualidad, tal estereotipo es insostenible. De hecho, hoy en día conviven los más diversos modelos de familias (Beck-Gernsheim, 2003).

Una vez superada la visión unidimensional del estudio sobre la familia, se pudo proceder en la construcción de modelos teóricos más complejos que toman en consideración al sistema familiar, sin detrimento de la persona. En este sentido,

Walsh (2004) destaca que “los seres humanos sobreviven y prosperan mejor si se conectan con quienes los han precedido y han tenido un papel significativo en su vida” (p. 18). Tal planteamiento concuerda con las perspectivas sistémica, ecológica y evolutiva.

Así como sucede desde la perspectiva individual de la resiliencia, lo verdaderamente relevante no es la forma que puede configurar la familia, sino sobre todo, los procesos que se desarrollan en ella (DeHann, Hawley, y Deal, 2013). Por lo que es imprescindible considerar a las familias desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1985, 1987) que tome en cuenta el contexto, la cultura y los desafíos que enfrenta la familia con sus particularidades sin tratar de encuadrarla en estereotipos rígidos; sin dejar de lado el momento evolutivo en que se encuentre el sistema familiar, ya que “el impacto de la adversidad varía a través del tiempo y en relación al paso individual y familiar del ciclo vital” (Walsh, 2012, p. 403),

Dado que la familia funciona como un sistema, las situaciones de estrés o adversidad tienen un impacto circular en todos los miembros, por lo que los procesos puestos en marcha, potencializan tanto los factores de riesgo como los de protección. De lo anterior se concluye que todas las familias tienen la posibilidad de desarrollar la resiliencia (Walsh, 2004).

Existen dos modelos generales de resiliencia familiar. El primero de ellos se concentra en los procesos de recuperación. El interés de esta aproximación se encuentra en los factores que promueven la habilidad para adaptarse en situaciones de crisis. Desde esta perspectiva, para ser resiliente es necesario enfrentar riesgos significativos: a) continuos o crónicos, como la pobreza, b) exposición a un evento traumático o adversidad severa, tal como la guerra, o c) una combinación de ambos. Esta perspectiva del riesgo significativo surge de investigadores con poblaciones de riesgo (Black y Lobo, 2008; Patterson, 2002).

Desde este modelo la resiliencia se define como:

la trayectoria que una familia sigue, sobre cómo se adapta y prospera frente al estrés, tanto en el presente como a través del tiempo (...) dependiendo del contexto, nivel de desarrollo, combinación interactiva de factores de riesgo y protección, y el panorama familiar compartido (Hawley y DeHaan, 1996, p. 65).

El segundo modelo se encuentra orientado hacia los factores protectores. Es decir, aquellos procesos que facilitan el ajuste, mantienen la seguridad, el funcionamiento y completan las tareas de desarrollo. Esta perspectiva mantiene que todo aquel que funcione competentemente debe ser considerado resiliente puesto que la vida es suficientemente desafiante para crear exposición a los riesgos. Esta visión de la vida como riesgo, surge de profesionales interesados en las fortalezas de los individuos y las familias (Black y Lobo, 2008; Patterson, 2002).

Desde esta aproximación la resiliencia se define como:

los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como *unidad funcional*. La perspectiva sistémica permite comprender de qué manera los procesos familiares moderan el estrés y posibilitan a las familias afrontar penurias prolongadas y dejar atrás las situaciones de crisis (...) El modo como la familia enfrente y maneje la experiencia disociadora, amortigüe el estrés, se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida influirá en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, *así como* en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma (Walsh, 2004, p. 40).

Importante resaltar que ambos modelos de resiliencia familiar no son totalmente antagonistas, sino que se encuentran relacionados entre sí (Black y Lobo, 2008; Patterson, 2002).

De manera sintética, la pertinencia del modelo de resiliencia familiar estriba en tres cuestiones fundamentales:

Primero, a partir de sus componentes engloba en un solo constructo toda una variedad de cuestiones familiares, tales como cohesión y adaptabilidad, sistemas de creencias, formas de organización, comunicación y resolución de problemas.

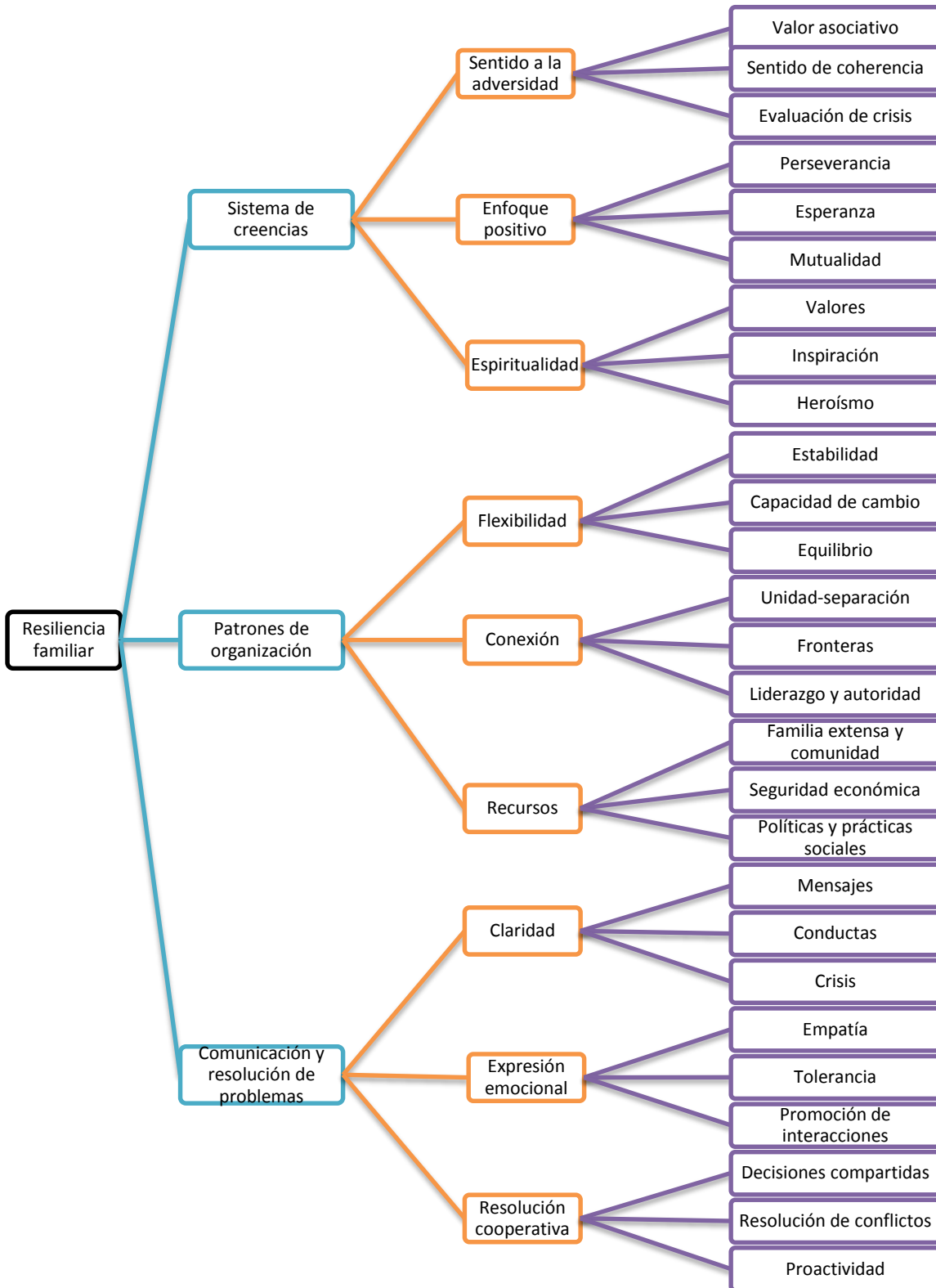
En segundo término, desde esta perspectiva se consideran tanto los contextos o sistemas más amplios, como la evolución de las personas y familias. De esta forma, el modelo es pertinente para el estudio de distintos fenómenos, al tratarse de un modelo abarcativo.

Por último, “en lugar de factores de riesgo y resultados problemáticos, el trabajo con resiliencia se preocupa por las fortalezas familiares, la adaptación positiva y lo que lleva a mejores resultados para la familia en su conjunto” (Fitzgerald et al., 2010, p. 7). Lo cual permite abonar en acciones que contribuyan al fortalecimiento de las familias. “La resiliencia familiar implica el potencial de recuperación, reparación y crecimiento en familias que enfrentan serios retos en la vida” (Walsh, 2012, p. 399). No se trata solo de enfrentar o adaptarse, sino que las fortalezas y recursos que se ponen en juego en la superación de la adversidad permiten un crecimiento positivo.

Procesos de resiliencia familiar. Partiendo de la experiencia clínica y de la investigación, Froma Walsh (2003, 2004, 2012) ha desarrollado un marco conceptual para la comprensión e intervención de la resiliencia familiar conformado por tres procesos fundamentales: el sistema de creencias, los patrones organizacionales, y la comunicación y resolución de problemas (Figura1).

Es importante hacer énfasis en que no se trata de tipologías o características inamovibles de las familias, sino de procesos que interactúan de forma dinámica, pudiendo ser desarrollados por las familias de manera acorde a su contexto y ciclo vital.

Figura 3. Representación gráfica de los procesos de resiliencia familiar



Elaboración a partir de Walsh (2004, 2012)

Sistema de creencias familiares. La manera en que se dota de sentido a nuestras experiencias, es a través de los sistemas de creencias que tenemos sobre el mundo y su funcionamiento. Dichos sistemas se componen no solo de pensamientos, sino de valores, actitudes y supuestos que interactúan con nuestras emociones y acciones, por lo que no solamente cobra sentido la realidad, sino incluso, nosotros mismo (Walsh, 2004). Este núcleo de ideas se desarrolla en el seno de la familia, mediante:

la noción de ethos familiar (es decir, esquema, visión del mundo, sentido de coherencia), la cual intenta describir una serie de valores y actitudes compartidos, sostenida por la unidad familiar que sirve como eje de su resiliencia (Hewley y DeHaan, 1996, p. 63).

Este grupo de creencias que surge como producto de las interacciones familiares articulan las formas de relación en la familia. Walsh considera al sistema compartido de creencias como el corazón de la resiliencia familiar:

estas creencias compartidas configuran las normas familiares, expresadas en reglas prefijadas y predecibles que gobiernan la vida familiar. Las reglas relacionales, tanto las explícitas como las implícitas, proponen expectativas acerca de los roles, acciones y consecuencias que guían la vida familiar (2004, p. 83-84).

Conferir sentido a la adversidad. Desde una perspectiva relacional de la resiliencia, las crisis son percibidas como un reto a partir del cual se enriquecen todos los miembros en conjunto. Para tal cometido, es necesario que el estrés se normalice y se contextualice, lo que implica que las crisis no se perciban como condiciones anormales o inhumanas, sino como dilemas que pueden suceder a las personas a lo largo del ciclo vital y que establecen momentos de transición en las vivencias (Walsh, 2012).

Valor asociativo. Consiste en que la interdependencia confiere un sentido en conjunto a la adversidad, funcionando como un aglutinante para superar las situaciones estresantes. La confianza se encuentra como fundamento en las

relaciones familiares con la “convicción de que los otros miembros de la familia se esfuerzan por hacer las cosas lo mejor posible dentro de sus circunstancias y límites particulares” (Walsh, 2004, p. 91). El que la familia se encuentre orientada en un sentido evolutivo es también de suma importancia, ya que al conferir un sentido dinámico del tiempo, las transiciones por los distintos estadios suceden de manera más efectiva.

Sentido de coherencia. En este punto, se incorporan las aportaciones de Antonovsky (1996) sobre el sentido de coherencia. En el cual, las personas pueden orientarse hacia la vida como algo que goza de un orden y significado, pudiendo enfrentar las exigencias con la seguridad de que pueden tener un impacto sobre estas.

Evaluación de las crisis. Cuando las personas cuentan con este sentido de coherencia pueden hacer una valoración de las crisis para enfrentar la angustia en aras de la recuperación de una manera satisfactoria. Para poder dar solución a cualquier complicación, los miembros de la familia se plantean explicaciones causales sobre lo que les aqueja. Considerar que existen múltiples causas para los sucesos amplía las posibilidades de la familia a la vez que permite tener expectativas tanto realistas como optimistas sobre el futuro (Walsh, 2004).

Enfoque positivo. La manera de hacer frente a las adversidades, conlleva ciertas implicaciones en relación a la forma como se las transita y en cuanto a su resolución misma. Este enfoque tiene efectos neurofisiológicos ante el afrontamiento del estrés (Walsh, 2004).

Perseverancia. Es la forma principal a través de la cual se manifiesta la perspectiva positiva ante la adversidad. Se entiende como “la capacidad de <<luchar bien>> y persistir frente a una adversidad abrumadora (Walsh, 2004, p. 101). La iniciativa y la perseverancia crean una confianza compartida en la superación de las adversidades. Mientras que dominar el arte de lo posible, permite a la familia hacer un balance de la situación y elegir la mejor de sus opciones y posibilidades futuras. “Cuando los acontecimientos no se pueden

cambiar, pueden ser reinterpretados en una nueva luz que fomenta una mayor comprensión y curación” (Walsh, 2012, p. 409).

Esperanza. Este elemento llena de energía y suma esfuerzos para superar la adversidad; se basa en la fe en que se puede prever un mejor futuro, y sirve para aprovechar los recursos potenciales para superar los obstáculos. No debe confundirse con la negación puesto que en la esperanza se reconoce la severidad de la realidad. El optimismo, es decir, la confianza en que los esfuerzos propios pueden hacer una diferencia, puede ser aprendido pero debe ser reforzado por experiencias de éxito y un contexto social nutricional (Walsh, 2012).

Mutualidad. Compartir creencias positivas sobre el futuro desarrolla la confianza en conjunto ante la adversidad; de tal modo que se puede hacer un balance sobre la situación actual, los recursos con los que se cuenta para realizar el mejor esfuerzo posible para sortear con las vicisitudes. Las creencias que se tienen sobre el éxito a partir de las ilusiones positivas, confieren a las personas a esforzarse para superar las adversidades (Walsh, 2004). Tendiendo como base los planteamientos de la teoría sistémica, cuando un miembro de la familia enfrenta con coraje y aliento las situaciones, esto retroalimenta a los demás miembros de la familia (Minuchin, 1986).

Espiritualidad. Puede ser entendida de dos formas. La primera de ellas es de tipo religiosa, vinculada con la creencia en algún dios o sistema mitológico. La segunda acepción de lo espiritual implica un sentido de trascendencia o conexión fuera de la religión, como con la humanidad, la naturaleza, las artes y el activismo social (Walsh, 2004).

La espiritualidad ayuda a superar crisis: “puede ser un llamado de atención, un despertar, una epifanía que mueve a los miembros de la familia, los sacude para restañar viejas heridas y reorganizar las prioridades, cosa de alcanzar relaciones y proyectos de vida más significativos” Walsh, 2003, p.11).

Valores. Confieren significado a la vida, más allá de la persona misma, le dan sentido a través de las tradiciones culturales y religiosas. Los rituales y

ceremonias son prácticas que dotan de espiritualidad. “Las creencias y prácticas trascendentales proveen significado y propósito más allá de la dificultad familiar inmediata (...) a través de conexiones con sus tradiciones culturales y espirituales” (Walsh, 2012, p. 409). Los rituales implican un componente formal y otro de significado. Todo ritual se encuentra enclavado dentro de una cultura de la que dan cuenta. Además, los rituales mantienen los sistemas de creencias y los vínculos con las generaciones pasadas (Boscolo y Bertrando, 1996).

Inspiración creativa. Puede emerger de experiencias dolorosas, ya que “muchas veces, la creatividad es fruto de la adversidad” (Walsh, 2004, pp. 117-118). La estrechez en el rango de posibilidades de vida restringe la experiencia de las personas. Imaginar mundos posibles puede ampliar y flexibilizar el panorama de vida (Boscolo y Bertrando, 1996). Crear algo nuevo es transformar el mundo, y la transformación implica un crecimiento positivo en el que se aprende de las vivencias (Walsh, 2012). Algunos conceptos afines a la inspiración creativa son: imaginación, inventiva y creatividad, todas ellas facilitadoras de nuevas formas de encontrar soluciones (Walsh, 2004).

Heroísmo. Se refiere a aquellos ejemplos positivos a seguir. Estos modelos de referencia pueden encontrarse dentro del núcleo familiar, sobre todo en ciertas etapas del ciclo vital de la familia. Así también, puede ser que aquellos héroes o heroínas que ayuden a vencer nuestras limitaciones provengan de sistemas externos (Walsh, 2004).

La transformación que se logra por el camino del sentido de trascendencia que brinda la espiritualidad ante la adversidad, es de tal magnitud que “muchas familias resilientes creen que sus padecimientos las han hecho mejores de los que hubiesen sido en otras circunstancias” (Walsh, 2004, p. 121).

Patrones de organización. Para sentar las bases de la resiliencia familiar se requiere de ciertos procesos de organización dentro del sistema familiar.

Flexibilidad. Las familias desarrollan pautas relacionales a partir de sus interacciones. Estas pautas no pueden ser totalmente rígidas, puesto que si así

fuera, la integridad del sistema se encontraría en peligro (Cusinato, 1992). Es imprescindible de este modo un cierto grado de flexibilidad en las familias, lo cual se logra a partir de tres elementos:

Estabilidad. En primer lugar es necesario que se garantice la subsistencia del sistema. La manera en que se organiza una familia es lo que le brinda su unidad (Walsh, 2004). Las familias necesitan estabilidad para amortiguar y contrarrestar los cambios disruptivos a través de un sentido de continuidad, confiabilidad y previsibilidad (Walsh, 2012). Ante algunas crisis, en ocasiones, no es posible regresar a un estado previo, sino que se hace necesaria la construcción de una nueva normalidad.

Capacidad de cambio. Al ser las familias sistemas abiertos, se encuentran en constante interacción con su medio, por lo que se hacen necesarias ciertas adecuaciones en el interior de la familia (Andolfi, 1985). El sistema familiar necesita realizar modificaciones para adaptarse a los cambios normativos de su ciclo vital pero especialmente ante cambios inesperados que demandan ajustes mayores en la familia (Walsh, 2004).

Equilibrio. La tensión entre estabilidad y cambio es mitigada por un equilibrio entre la homeostásis y la morfogénesis. De manera que en síntesis, la:

estabilidad estructural debe contrabalancearse con la aptitud de adaptarse a las circunstancias cambiantes y a los imperativos del desarrollo a lo largo del ciclo vital de la familia, en especial como respuesta a la crisis (...) los sistemas de relaciones humanas funcionan mejor cuando existe un balance (moderado) de su estructura y su flexibilidad (Walsh, 2004, p. 127-128).

El balance que se da entre estos movimientos fortalece de manera cualitativa a la familia (Walsh, 2004).

Conexión. El soporte, la colaboración y el compromiso mutuo que existe entre los miembros de la familia, se establece a partir de la ligazón emocional entre cada uno de ellos. Esta forma de relación es conocida como cohesión

familiar (Olson, 1991), y permite la confianza común que hace posible respetar las diferencias individuales, la separación y los límites. Acorde con el modelo evolutivo de la familia, el grado de conexión experimentado por sus miembros puede variar a lo largo del ciclo vital (Walsh, 2004).

Equilibrio unión-separación. Entre las principales funciones de la familia se encuentran la protección psicosocial brindada por la familia y la incorporación a la cultura (Minuchin, 1986). Si bien, es necesaria la unión de la familia como una totalidad, es también importante que “los individuos sean capaces tanto de diferenciarse como de conectarse” (Walsh, 2004, p. 134), para que cada uno de ellos tenga su propia identidad.

Fronteras. Los límites que se establecen a partir de las interacciones de los miembros de la familia, trazan los modos de relacionarse entre sí, creando sistemas jerárquicos (Minuchin, 1986). La claridad de la proximidad y la jerarquía promueven la identidad individual y el funcionamiento autónomo, de hecho son más importantes que la composición misma de la familia (Walsh, 2004).

Liderazgo y autoridad. Un liderazgo firme pero flexible ha mostrado ser el más adecuado para el funcionamiento familiar y el bienestar de los niños; lo que permite la crianza, protección y guía. Así como lo es también, la paternidad compartida en un ambiente de respeto mutuo (Walsh, 2012).

Recursos sociales y económicos. Las familias no viven aisladas del exterior, sino que “en una familia de funcionamiento óptimo, los miembros intervienen activamente en el mundo, se relacionan con él con optimismo y esperanza y comparten con la familia una variedad de intereses originados en sus encuentros” (Walsh, 2004, p. 149).

Familia extensa y comunidad. No basta con tener los recursos a la disposición, sino que es necesario el tener la capacidad de ponerlos en marcha (Antonovsky, 1996). La capacidad de movilizar parientes, redes sociales, grupos comunitarios y congregaciones religiosas no sólo provee soporte práctico, sino también emocional (Walsh, 2012).

Seguridad económica. Igual de importante, es también la construcción de una seguridad financiera en la que exista un balance entre el trabajo y las tensiones familiares, de manera que se puedan dar interacciones armoniosas. Al grado de ser capaces de cubrir las necesidades entre sus miembros (Walsh, 2004).

Políticas y prácticas sociales. Es importante que las instituciones se involucren, puesto que “no es suficiente ayudar a las familias a superar las probabilidades contra ellas, las políticas sociales deben además cambiar las probabilidades para que les permita prosperar” (Walsh, 2012, p. 412).

Comunicación y resolución de problemas. El funcionamiento familiar se encuentra mediatizado por la comunicación que existe entre los miembros de la familia. Debido a que pueden existir distintas ideas sobre lo que puede ser una “buena” comunicación, sobre todo entre miembros de distintas generaciones dentro de un mismo sistema familiar, se ofrece una definición que condensa la forma en que se entenderá este constructo dentro del modelo de resiliencia familiar.

De este modo, la comunicación puede definirse como “el intercambio de información para la resolución de problemas tanto socioemocionales como práctico instrumentales” (Epstein et al, 1993, En Walsh, 2004, p. 160). Todo proceso comunicacional implica dos funciones, una de contenido y otra de relación; mientras que la primera se refiere a la información fáctica, la segunda hace alusión a la naturaleza o forma de la relación. De tal suerte, que el funcionamiento dependerá no solo de lo que se comunique, sino también de la manera en que se comunique (Walsh, 2004).

Claridad. Esta cualidad de la comunicación, facilita un funcionamiento familiar efectivo, mientras que la ambigüedad, la negación, los secretos y encubrimientos pueden impedir la recuperación; generando ansiedad que puede ser manifestada en somatizaciones o problemas de conducta.

Mensajes. Una comunicación clara implica “el reconocimiento compartido de la realidad y de las circunstancias” (Walsh, 2003, p. 10). En este sentido, la claridad en los mensajes implica que es carente de ambigüedad y goza de congruencia, de manera que “los miembros de la familia dicen lo que quieren decir y quieren decir lo que dicen” (Walsh, 2004, p, 161).

Conductas. Hablar de claridad no se limita al contenido de los mensajes, sino que involucra también las conductas. Bajo este entendido, una comunicación clara está dirigida a un destinatario específico, sin necesidad de triangular a terceros. Es sobre todo a través de los roles y las reglas, que se establece lo que le está permitido o lo que se exige de un miembro de la familia. Cuando no existe claridad en esta formas conductuales de comunicación, se puede llegar a la confusión y a la ambigüedad respecto a las transacciones (Walsh, 2004).

Crisis. Estas cualidades, además de facilitar la organización de las interacciones permiten la clarificación de las situaciones críticas. El compartir información clara permite a la familia comprender su situación actual y planificar hacia decisiones futuras, especialmente frente a una adversidad (Walsh, 2012). “Las experiencias de crisis se tornan más comprensibles y manejables cuando se comparte la información y las percepciones, y los familiares pueden debatir amplia y francamente el sentido de los sucesos y sus consecuencias para ellos” (Walsh, 2004, p., 163).

Expresión emocional sincera. Esta cualidad de la comunicación se desarrolla en el seno de las interacciones familiares, e incluye tanto los sentimientos positivos como los negativos, de forma que sean comprendidos y atendidos de la mejor manera por los miembros de la familia.

Empatía. Una expresión emocional empática, supone que “los mensajes son espontáneos pero se los transmite con respeto por las necesidades, sentimientos y diferencias de los demás” (Walsh, 2004, 165). La apertura y claridad en la información permite que los miembros del sistema familiar puedan compartir todo un abanico de sentimientos de manera abierta, derivando en una

empatía sincera que dará paso a la tolerancia afectuosa en los procesos de comunicación a lo largo del ciclo vital de la familia. Es importante que la empatía se acompañe de hechos, ya que de otra manera puede devenir en simple escucha vacía (Walsh, 2004).

Tolerancia. Ya sea en medio de la cotidianidad o ante una adversidad, los miembros de la familia pueden no coincidir siempre, incluso no compartir el mismo estado emocional. Ante tales discrepancias lo ideal es mantener una tolerancia afectuosa hacia las diferencias, incluyendo las emociones negativas que puedan existir en un momento dado dentro de la familia (Walsh, 2004). “La comunicación abierta junto con un clima de mutuo respeto, empatía y tolerancia a las diferencias permite a los miembros de la familia compartir un amplio rango de sentimientos que pueden ser despertados por eventos de crisis y estrés crónico” (Walsh, 2012, p. 413).

Promoción de interacciones. “Las relaciones toleran un grado considerable de conflicto siempre que este sea compensado por una comunicación mucho más positiva, por medio de expresiones de amor, valoración y respeto e interacciones placenteras” (Walsh, 2004, p. 171). La familia puede compartir actividades placenteras en común o acciones de colaboración. Sobre todo, en medio de la saturación de problemas es crucial encontrar momentos para compartir experiencias placenteras como pueden ser celebraciones o incluso el humor (Walsh, 2012).

Resolución cooperativa de problemas. Las dificultades cotidianas, así como aquellas impuestas por las adversidades suponen retos de tipo operativo que a su vez involucran ciertos sentimientos y emociones entre los integrantes de la familia. En palabras de Walsh “los aspectos prácticos y emocionales de una situación crítica son mutuamente interactivos” (2004, p. 173).

Decisiones compartidas. Para que una familia pueda resolver las vicisitudes a las que se enfrenta, se hace necesario que pase por un proceso de negociación de diferencias, que “puede ser en sí mismo tan importante como el resultado

obtenido” (Walsh, 2004, p. 178). Es imprescindible que en estas decisiones compartidas se elaboren concesiones con base en la reciprocidad y considerando cuestiones como el género y el poder. “Toda negociación implica ventilar y aceptar las divergencias, y trabajar en pos de objetivos comunes” (Walsh, 2004, p. 179).

Resolución de conflictos. Las familias que pueden tolerar el que existan conflictos transitorios con miras de un bien mayor, podrán resolver situaciones de crisis con mayor facilidad. “La evitación del conflicto es, a la larga, disfuncional y aumenta el riesgo de una posterior insatisfacción” (Walsh, 2004, p. 181). La mejor manera de resolver los conflictos es concentrarse en objetivos alcanzables mediante medidas concretas y aprendiendo de los errores cometidos. “Con cada pequeño éxito compartido, crecen en forma exponencial la confianza y la idoneidad de los miembros de la familia, lo cual les permite enfrentar mayores desafíos” (Walsh, 2004, p. 184). En el mejor de los casos, las familias logran resolver sus problemas, pero aun en aquellas ocasiones en las que solamente deban aprender a manejarlos “tomar decisiones compartidas y resolver conflictos supone negociar las diferencias, siempre con honestidad y reciprocidad a lo largo del tiempo” (Walsh, 2003, p. 16).

Proactividad. A partir de esta visión de cooperación se desarrollan actitudes proactivas que permiten la resolución de conflictos, siempre con miras hacia objetivos alcanzables mediante medidas concretas. Que una familia sea proactiva significa que “cuando se avecina un posible problema, los miembros de las familias funcionales lo enfrentan con bastante rapidez, lo discuten con claridad y franqueza y abordan tanto sus aspectos prácticos como emocionales” (Walsh, 2004, p. 185).

Estudios sobre resiliencia familiar. El desarrollo de publicaciones sobre el modelo de resiliencia familiar se encuentra en expansión. A continuación se presentan algunos de los principales hallazgos en lo que a procesos de resiliencia familiar concierne.

Entre los principales procesos de resiliencia familiar reportados en los Estados Unidos se encuentran: la cohesión familiar, la flexibilidad familiar, la comunicación familiar, y los significados familiares (Patterson, 2002). Black y Lobo (2008), por su parte, proponen como factores prominentes de resiliencia familiar: un panorama positivo, espiritualidad, acuerdos entre los miembros de la familia, flexibilidad, comunicación familiar, administración financiera, tiempo en familia, recreación compartida, rutinas y rituales, y redes de apoyo.

En cuanto a los factores protectores que mitigan el riesgo de suicidio en adolescentes, Fitzgerald et al. (2010), refieren que como fortalezas familiares primordiales, que existan diversos patrones de comunicación; dinámicas que demuestren cuidado entre los miembros; dar y recibir perdón; manejo de las reacciones individuales dentro del grupo familiar, y acceso a apoyo externo.

A su vez Nichols (2013) destaca entre las principales fortalezas familiares: considerar las necesidades físicas, emocionales y espirituales de la familia; ser sensible a las necesidades de los miembros de la familia; comunicarse efectivamente; proveer apoyo, seguridad y ánimo; iniciar y mantener relaciones de crecimiento dentro y fuera de la familia; crecer con y a través de los niños; involucramiento en la autoayuda y aceptar ser ayudado cuando sea apropiado; realizar flexibilidad en los roles familiares; usar la crisis como medio de crecimiento; crear y mantener relaciones responsables y constructivas con la comunidad; tener un respeto mutuo por la individualidad de los miembros de la familia; preocupación por la unidad, lealtad y cooperación interfamiliar.

En lo que se refiere a investigaciones llevadas a cabo en países de habla hispana se han arrojado los siguientes hallazgos:

Estudios cualitativos

En una investigación sobre familias desplazadas, se puso de manifiesto que estas, desarrollan fortalezas de manera activa, las principales son: reflexiones sobre el valor de la vida y un sentido de la experiencia; reconstrucción de los proyectos de vida a partir del nuevo sentido atribuido; constancia en el logro de

metas, sobre todo en las mujeres cabeza de familia; la actitud empática en el reconocimiento de las emociones y sentimientos de los otros; unión familiar incluso a pesar de la distancia; solución de problemas cotidianos de manera conjunta; buen humor como forma de comunicación; generosidad hacia otros desplazados; construcción de nuevas redes de apoyo entre parientes y vecinas (González, 2004).

Domínguez y Godín (2007) destacan como características resilientes en las familias desplazadas dos cuestiones. Primero, “la habilidad para planear metas y expectativas por un futuro mejor, solicitar y dar ayuda y la fe en un ser superior” (p. 176). En segundo lugar, que el rol de la mujer moviliza la resiliencia de la familia ante el golpe del desplazamiento.

Castiblanco y Lora (2008) reportaron como principales pautas resilientes de relación parental con familias adolescentes, la corresponsabilidad, demostración de apoyo emocional, pautas de generación y reconocimiento de confianza, pautas de comunicación asertiva, flexibilidad e innovación y pautas de creatividad. Los autores concluyen sobre la importancia del uso de la meta-observación recursiva en la consultoría con familias con adolescentes, lo cual implica la consideración de la familia como parte del trabajo de intervención.

López-Peñaloza (2008) ha estudiado la existencia y activación de redes sociales disponibles en el entorno; estilos de enfrentamiento activos que privilegian la resolución de problemas y cuando esto no es posible, favorecimiento de estilos de enfrentamiento de resignificación de la dificultad encontrada; adecuado funcionamiento familiar; sistema de creencias flexibles sobre todo en aspectos de atribuciones y significados, reconocimiento de aprendizajes positivos, especialmente de índole pro-social implícitos en la experiencia vivida, aceptación, legado, trascendencia y visión a futuro.

Las principales prácticas que impulsan la transformación en las familias son la “recreación de historias de esperanza, superación y recuperación de la adversidad, como factor protector y promotor de esperanza” (Borges y Silva, 2010,

p. 256). Por lo que la propuesta se centra en la reflexión y discusión con los profesionales de la salud en cuanto a las potencialidades de las familias, especialmente sus competencias centradas en la esperanza, como un recurso transformador, dentro del cual la familia participa de manera activa.

Como principales factores protectores de resiliencia familiar Pereira (2010) distingue: la integración, la comunicación y la adaptación que pueda presentar la familia ante los acontecimientos estresantes, así como la significación del hecho traumático en el núcleo familiar como mecanismo para dotar de sentido la adversidad y de este modo superarla o sucumbir ante ella.

En relación a los grupos de discusión en trabajo social con familias, el intercambio de experiencias permitió un reconocimiento y fortalecimiento recíproco de los sistemas familiares, aumentando la cohesión y comprensión de los problemas. Los principales hallazgos en relación a factores de protección fueron “la iniciativa para satisfacer las necesidades, la actitud, la conciencia de problema y la motivación para el cambio de las familias vulnerables en cualquier proceso de trabajo de mejora de las competencias parentales” (Fernández, Parra y Torralba, 2012, p. 99).

Estudios cuantitativos

En un estudio con familias multiproblemáticas en adversidad psicosocial Kotliarenco, Muñoz y Gómez (2012) encontraron como hallazgo principal que:

las familias con niños en infancia temprana que destinan tiempo a la recreación y el ocio, a jugar en familia, presentan 20 veces más probabilidades de desarrollar resiliencia familiar relacional bajo condiciones de adversidad social y económica. Jugar en familia es la llave que despertó la resiliencia en estas familias (p. 20).

Otras variables asociadas de forma significativa son: la dinámica familiar saludable, el apego, la comunicación con la figura paterna, la relación cooperativa con el cuidador, el buen trato en pareja, las rutinas y rituales familiares. Como

coralarario a estas variables se destaca que “relación y organización podrían proponerse entonces como los pilares constitutivos de la resiliencia familiar” (Kotliarenco, Muñoz y Gómez, 2012, p. 21).

En una investigación sobre la relación de la resiliencia familiar con depresión y ansiedad Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza (2012) presentaron como resultados principales, que existe una correlación significativa negativa tanto entre resiliencia y depresión, como entre resiliencia y ansiedad, es decir, a mayor grado de resiliencia, menor grado de depresión y ansiedad. Los recursos familiares (patrones de organización, sistema de creencias, y comunicación familiar) funcionan como factores de protección ante la ansiedad y la depresión. Los resultados fueron consistentes con otros estudios descritos en la literatura en cuanto a diferencias de género, mostrando que los varones presentan un mayor grado de resiliencia, relacionado con la independencia. La situación socioeconómica desfavorable es un factor de riesgo, más no determinante para la presencia de ansiedad y depresión.

Resultados expuestos en artículos de revisión

Entre los principales factores que promueven la resiliencia familiar destacan la cohesión y estabilidad, fuentes de apoyo y límites claros, el género masculino, relación con pares, y la autoeficacia (Villalba, 2003).

En tres investigaciones de tipo cualitativo sobre adversidad psicosocial y crianza positiva; desplazamiento familiar por violencia armada; y enfermedad de cáncer de un hijo; los procesos compartidos o transversales fueron: “la perseverancia en objetivos y actividades que beneficiaron la unidad familiar; el soporte o apoyo mutuo mediante una actitud empática con el otro; y la búsqueda activa de nuevas redes de apoyo” (Gómez y Kotliarenco, 2010, p. 117).

En relación a estudios cuantitativos sobre resiliencia familiar se mencionan cinco investigaciones sobre: familias en riesgo psicosocial; familias con una hospitalización psiquiátrica; familias con escasos ingresos económicos; familias a lo largo del ciclo vital; y familias con un hijo autista. Los procesos de resiliencia

familiar transversales que comparten los resultados de dichas investigaciones son: “generar espacios y procesos de comunicación en la familia; resolver conjuntamente los problemas; fortalecer la cohesión familiar y apoyo mutuo; enriquecer la calidad de la interacción padre-hijo; practicar y desarrollar las competencias parentales; y acceder a fuentes de apoyo social” (Gómez y Kotliarenco, 2010, p. 118).

De Andrade y Da Cruz (2011) dieron cuenta de una serie de estudios llevados a cabo en Brasil en donde se destacaron como procesos de resiliencia familiar: el uso de estrategias de enfrentamiento basadas en un sistema de creencia en común a partir de la valoración de las relaciones interpersonales. Apoyo de otros familiares, así como la transformación del funcionamiento familiar y las creencias y valores en torno al estudio y al trabajo. Características personales de los miembros, la cohesión social y el apoyo conyugal y social. De manera sintética los principales procesos de resiliencia en las familias brasileñas que se destacan a partir de las investigaciones son “vínculo, cohesión y creencias familiares como fuentes de apoyo ante la crisis” (De Andrade y Da Cruz, 2011, p. 52).

Como principales características familiares que neutralizan la vulnerabilidad y el estrés Herscovici destaca “cohesión, flexibilidad, estabilidad, organización, buena comunicación entre los miembros de la familia, la reafirmación de un sistema de creencias comunes y buena capacidad de resolución de problemas” (2011, p. 107).

Grau (2012) enfatizando el contexto de familias con enfermedades crónicas pediátricas plantea como principales procesos de resiliencia familiar el manejo adecuado de la enfermedad y cuidados del hijo, participación activa en el tratamiento, manejo de información y de emociones, uso de recursos de apoyo, colaboración con profesionales, dar sentido a la adversidad

Cabe aclarar que gran parte de los estudios referidos en los artículos revisados no suponen de manera explícita investigaciones conducentes a la

resiliencia familiar de forma directa, sino a teorías complementarias como son las dirigidas a riesgo psicosocial, afrontamiento del estrés y desarrollo en el ciclo vital, de las cuales resultan procesos de resiliencia familiar. Las fronteras entre los estudios de resiliencia familiar propiamente y aquellas de las teorías complementarias es tan tenue que se pueden derivar enriquecedoras conclusiones sobre procesos familiares resilientes de dichas investigaciones.

Como una de las principales críticas, se puede aducir que al parecer en algunas investigaciones se confunden los términos competencia y resiliencia. Las competencias hacen alusión a cierta constancia subyacente y suponen respuestas homogéneas por parte de los individuos, lo cual no está supuesto en la resiliencia (Rutter, 2012). Por otra parte, no se define de manera clara que se entiende por competencias, identificándolas simplemente con los recursos de la familia.

Resiliencia familiar y cuestiones metodológicas. Existe una serie de consideraciones hacia las investigaciones sobre resiliencia familiar que no han sido resueltas del todo. Si bien la mayoría de los estudios encontrados en la presente revisión se circunscriben dentro de la metodología cualitativa, tal como es la tendencia actual de la investigación en resiliencia familiar; es necesario afinar algunos puntos que se describen a continuación.

Una de las principales cuestiones metodológicas se refiere a la operacionalización, y aunado a esto, específicamente a si se trata de una variable categórica (es o no es resiliente) o continua (varía en grados). Hawley y DeHaan (1996) proponen que sí se entiende como variable un elemento que posee dimensiones cambiantes e identificables y dado que la resiliencia familiar es considerada más como una trayectoria que la familia manifiesta a través de una variedad de puntos de estrés dentro del ciclo de vida, debe ser considerada como un constructo no variable.

Por su parte Card y Barnett (2015) plantean como solución al problema de si la resiliencia familiar es una cantidad (es más o menos resiliente) o si son tipos de familias, proponen que desde la visión de categoría se pueden hacer

subgrupos a través de métodos empíricos de análisis (posición intermedia). Así mismo, pugnan por expectativas teóricas centradas en la persona, más que en la variable.

Uno de los principales problemas metodológicos que resultan en el estudio de la resiliencia familiar es la extrapolación de lo individual a lo familiar o viceversa, es decir, la unidad de análisis. Por un lado existe un tipo de aproximación a la resiliencia familiar que reside en considerar las características de la familia, en cuanto a su estructura, funcionamiento y pautas relacionales, para después extrapolarlas a los individuos. Por otra parte, se encuentran intentos empíricos de aplicar ciertos instrumentos a nivel individual a todos los miembros para determinar la resiliencia familiar, lo cual no sólo sería limitado, sino que no corresponde a la perspectiva sistémica. Card y Barnett (2015) proponen concebir la resiliencia familiar como un constructo que engloba cuestiones tanto individuales, familiares y contextuales, permitiendo el uso de modelos multinivel.

Se han realizado algunos esfuerzos por desarrollar instrumentos que permitan medir los procesos de resiliencia, tal es el caso de Sixbey (2005), quien elaboró la escala de evaluación de resiliencia familiar (Family Resilience Assessment Scale, FRAS) a partir del modelo de Walsh (2004). Dicha escala fue adaptada a la cultura turca por Kaya y Arici (2012).

Por otra parte, el que la resiliencia familiar es multifactorial, hace que una escala que abarque y unifique la percepción de la familia puede ser limitada. Las mediciones transversales no ofrecen una conceptualización causal o de largo plazo. Mientras que los investigadores cuantitativos se han dedicado a aplicar escalas de medición; los investigadores cualitativos han pedido a las familias que describan su percepción sobre sus fortalezas y factores de resiliencia (Black y Lobo, 2008). “El objetivo por tanto no es desarrollar una escala de resiliencia, sino brindar una atención más longitudinal hacia nuestra consideración del estrés y fortalezas familiares con el fin de maximizar la eficacia de nuestras intervenciones” (Hawley y DeHaan, 1996, p. 66).

Como alternativa se proponen “diseños longitudinales, que capturen los procesos familiares en múltiples puntos en el tiempo, se adaptan mejor para evaluar la resiliencia que los diseños de investigación transversal, que evalúan la resiliencia familiar en un punto en el tiempo” (Hawley y DeHaan, 1996, p. 67). En la misma línea, Card y Barnett (2015) mencionan que debido a que no es práctico, ni ético, el uso de experimentos para determinar causalidad en los estudios de resiliencia se propone hacer investigaciones longitudinales, puesto que la resiliencia familiar “solo puede ser entendida como resultado de interacciones que dan forma al comportamiento a lo largo del tiempo” (p. 126). Es notable la falta de estudios longitudinales en las publicaciones en idioma español.

Así también, Card y Barnett (2015) proponen distintas alternativas a las cuestiones de confiabilidad, validez y varianza, argumentando que ya que el campo de la resiliencia familiar se ha beneficiado de distintas aproximaciones conceptuales, debe también beneficiarse de distintas aproximaciones metodológicas. De este modo, se sugiere enriquecer la investigación sobre resiliencia familiar conjuntando los métodos cualitativos y cuantitativos, abriendo la oportunidad a los diseños mixtos (Black y Lobo, 2008; DeHann, Hawley, y Deal, 2013; López-Peñaloza, 2008).

Capítulo 4. Método

El estudio del fenómeno suicida se ha centrado en su mayoría en acercamientos metodológicos de tipo cuantitativo, con el riesgo de generar sobregeneralizaciones. Ante tales cuestiones, se han realizado esfuerzos por integrar el uso de diseños cualitativos y mixtos en aras de la comprensión de significados y experiencias, puesto que “este tipo de trabajos permite facilitar y dirigir mejor las intervenciones bajo conocimiento de los usos y costumbres, además de ayudar a precisar los factores de riesgo asociados a la cultura” (Santana, Sánchez, Quintanilla y Padrós, 2016, p.159).

Por otra parte, se han realizado críticas a aquellos estudios que se centran sólo en algunos factores de riesgo, “mientras que lo que se necesita con urgencia son modelos integrales que cubran diferentes aspectos y niveles de complejidad de la conducta” (Borges, et al. 2014, p. 198).

En lo que respecta al modelo de resiliencia tanto a nivel individual como en lo familiar se ha puesto de manifiesto que el deseo de medición y cuantificación puede deshumanizar la investigación (Tomkiewicz, 2004), por lo que se deben integrar las voces de las personas involucradas (Vanistendael, 2013). En este sentido, se ha propuesto el uso de aproximaciones epistemológicas distintas para comprender mejor la resiliencia (Manciaux, 2004), sugiriendo acercamientos de tipo cualitativo o mixto (Black y Lobo, 2008; DeHann, Hawley, y Deal, 2013) sustentadas en el grupo específico al cual está dirigida la investigación (Infante, 2006).

Por ello, el presente estudio se circunscribe en un abordaje de tipo híbrido, en el que los diseños mixtos:

representan un conjunto de proceso sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recobrada (metainferencias) y

lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández et al., 2014, p. 534).

El objetivo de la presente investigación de tipo mixto secuencial fue analizar los procesos de resiliencia familiar que funcionan como factores protectores ante el riesgo suicida en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte, para lo cual se llevaron a cabo dos estudios:

La primera parte de la investigación radicó en un estudio de tipo cualitativo que consistió en conocer, a través de grupos focales, los factores que asocian al riesgo suicida tres grupos de protagonistas relacionados a la problemática: alumnos y profesores de la preparatoria, y terapeutas en contacto con dicho fenómeno. Los resultados de esta etapa se usaron para seleccionar instrumentos de evaluación psicométrica sobre las variables asociadas al riesgo suicida por parte de los participantes.

En el segundo estudio, de corte cuantitativo, se aplicó una batería de instrumentos por conglomerados, constituidos por los grupos académicos, a los alumnos de primer ingreso a bachillerato, con la finalidad de evaluar los factores asociados al riesgo suicida, así como establecer su vinculación con las variables resiliencia y relaciones intrafamiliares.

Consideraciones éticas

Con base en la ley general de salud en materia de investigación para la salud, la investigación se consideró con riesgo mínimo al aplicar pruebas psicológicas y grupos focales. El presente estudio fue avalado tanto por los comités de ética de la escuela preparatoria como del Doctorado Interinstitucional en Psicología.

Estudio 1. Delimitación de los factores asociados al riesgo suicida

Diseño

Cualitativo de tipo fenomenológico.

Objetivo

Conocer los factores asociados al riesgo suicida por parte de los protagonistas, entendidos como alumnos, profesores y terapeutas.

Objetivos específicos.

- Conocer los factores asociados al riesgo suicida por parte de los alumnos de primer ingreso a la Preparatoria Regional de Tonalá Norte
- Conocer los factores asociados al riesgo suicida por parte de los profesores de la Preparatoria Regional de Tonalá Norte
- Conocer los factores asociados al riesgo suicida por parte de terapeutas que ha tenido contacto con adolescentes que presentan riesgo suicida

Técnica

Grupos focales.

Muestra

No probabilística, por conveniencia.

Procedimiento

Para cada uno de los grupos se llevó a cabo una sesión con una duración de entre 80 y 140 minutos. Las sesiones con los grupos de alumnos y profesores se desarrollaron en el auditorio de la Preparatoria Tonalá norte; para el caso de los terapeutas se realizó en un espacio externo a la preparatoria. En los tres casos se realizaron preguntas previamente establecidas en una guía de entrevista (ver

anexo 4) para la dirección de cada una de las sesiones, mismas que fueron audiograbadas.

Análisis de datos

La información surgida de los grupos focales se transcribió en el procesador de texto Word para ser importada al programa MAXQDA, en su versión 12. Se realizó un análisis cualitativo de datos con el fin de elaborar una codificación que diera lugar a categorías.

El proceso de análisis cualitativo constó de tres etapas: En primer lugar, se llevó a cabo una lectura abierta o libre de los textos de cada grupo focal, de manera que pudieran ser identificados algunos temas generales. Posteriormente se elaboraron tipologías que agruparan las aportaciones de los participantes en cada grupo focal por separado, incluyendo subtemas emergentes de cada texto. Para finalizar, se refinó el análisis al conectar los temas entre los grupos focales, de tal forma que se contara con un corpus inteligible de categorías. Para tal fin, se tuvieron que fusionar o eliminar algunas tipologías a lo largo del proceso de análisis cualitativo.

Participantes

La muestra total integró a 22 personas distribuidas en los grupos focales como se describe a continuación:

Grupo 1 – Alumnos. La muestra estuvo conformada por ocho estudiantes de la Preparatoria Regional de Tonalá Norte. Se consideraron de cualquier semestre, de ambos turnos, tanto varones como mujeres para de este modo contar con un grupo heterogéneo. Como criterios de inclusión se tomó el que fueran estudiantes de la Preparatoria, que accedieran a participar de manera voluntaria y anónima, así como el que contaran con el consentimiento informado de los padres para la participación.

Figura 4. Grupo focal de estudiantes

Grupo Focal Alumnos (GFA)	
GFA1	Mujer
GFA2	Hombre
GFA3	Hombre
GFA4	Mujer
GFA5	Hombre
GFA6	Hombre
GFA7	Mujer
GFA8	Hombre

Grupo 2 – Profesores. La muestra se conformó por ocho profesores de la Preparatoria Regional de Tonalá Norte, pudiendo ser de cualquier grado y asignatura, de ambos turnos, tanto varones como mujeres para constituir un grupo heterogéneo. Como criterios de inclusión se consideró el que fueran profesores de la Preparatoria y que accedieran a participar de manera voluntaria en la investigación.

Figura 5. Grupo focal de profesores

Grupo Focal Profesores (GFP)	
GFP1	Mujer
GFP2	Hombre
GFP3	Hombre
GFP4	Mujer
GFP5	Mujer
GFP6	Mujer
GFP7	Hombre
GFP8	Hombre

Grupo 3 – Terapeutas. Seis terapeutas conformaron la muestra, no fue considerado el tipo de enfoque terapéutico, se formó tanto de varones como de mujeres para de este modo contar con un grupo heterogéneo. Como criterios de inclusión se consideró el que fueran terapeutas que hubieran tenido contacto con el fenómeno de suicidio en cualquiera de sus expresiones y que accedieran a participar de manera voluntaria en la investigación.

Figura 6. Grupo focal de terapeutas

Grupo Focal Terapeutas (GFT)	
GFT1	Hombre
GFT2	Mujer
GFT3	Mujer
GFT4	Mujer
GFT5	Hombre
GFT6	Hombre

Resultados estudio 1

El total de participantes fue de 22, divididos en tres grupos focales, uno de ocho estudiantes, uno de ocho profesores y el último de seis terapeutas. Cabe mencionar que de los fragmentos recuperados han sido eliminadas las repeticiones y muletillas en aras de la claridad, respetando el sentido de la narración.

Los datos recuperados en los grupos focales se organizaron en dos grandes temas: factores de riesgo y factores de protección. A su vez, ambos se dividieron en ámbitos: individuales, familiares y comunitarios (figura 2).

La participación por grupos focales fue en general homogénea, ligeramente superior en el grupo de profesores en cuanto al número de intervenciones. En cuanto a los temas se presentaron mayores aportaciones en los factores de riesgo. En lo que respecta al ámbito la mayor presencia de contribuciones se encontró a nivel individual.

Figura 7. Sistema de códigos por tema y ámbito según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
▲ Factores de riesgo				0
▷ R- Individuales	37	38	24	99
▷ R - Familiares	16	33	28	77
▷ R - Comunitarios	15	28	21	64
▲ Factores de protección				0
▷ P - Individuales	23	11	5	39
▷ P - Familiares	15	12	49	76
▷ P - Comunitarios	21	19	24	64
Σ SUMA	127	141	151	419

Factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo, en el ámbito individual se distinguieron las dimensiones cognitiva, emocional, comportamental y el sexo. Por su parte, en el ámbito familiar se estratificaron las dimensiones: sistemas de creencias familiares, organización familiar, y comunicación y resolución de problemas. Por último, el ámbito comunitario incluyó las dimensiones de contexto social, pares, escuela y medios (figura 3).

Figura 8. Sistema de códigos para factores de riesgo por ámbito y dimensiones según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
▲ Factores de riesgo				0
▲ R- Individuales				0
▷ R- Cognitivos	17	13	5	35
▷ R- Emocionales	14	7	14	35
▷ R- Comportamentales	5	14	5	24
▷ R- Sexo	1	4		5
▲ R - Familiares				0
▷ R - Sistema de creencias	2	6	4	12
▷ R - Organización familiar	8	16	15	39
▷ R - Comunicación y resolución de pi	6	11	9	26
▲ R - Comunitarios				0
▷ Contexto social		4	1	5
▷ R - Pares	8	4	9	21
▷ R - Escuela	3	1	7	11
▷ R - Medios	4	19	4	27
Σ SUMA	68	99	73	240

Individuales. En el tema factores de riesgo, dentro del ámbito individual se realizó una clasificación en la dimensión cognitiva que consistió en las categorías de creencias, sucesos de vida, sentido de vida y baja autoestima. En la dimensión emocional se encontraron las categorías de depresión, Irritabilidad/labilidad y relación amorosa. En el ámbito conductual las categorías fueron: resolución de problemas, cortarse y aislamiento. Así también, resultó significativo el ámbito del sexo en relación a los factores de riesgo individuales, no presentando categorías subsecuentes (figura 4).

Figura 9. Sistema de códigos para factores de riesgo individuales por dimensiones y categorías según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
Factores de riesgo				0
R- Individuales				0
R- Cognitivos				0
Creencias	1	2	1	4
R- Sucesos de vida		2		2
Sentido de vida	11	5	3	19
Autoestima	5	4	1	10
R - Emocionales				0
Depresión	12	3	4	19
Irritabilidad/Labilidad	1	2	9	12
R - Relación amorosa	1	2	1	4
R - Comportamentales				0
Resolución de problemas	3	10		13
Cortarse	1	1	2	4
Aislamiento	1	3	3	7
R- Sexo	1	4		5
Σ SUMA	37	38	24	99

Cognitivos

Creencias. En los tres grupos focales se hizo referencia a que cierto tipo de creencias pueden predisponer a los adolescentes al riesgo de suicidio.

En el grupo de alumnos se encontró que estas creencias pueden estar relacionadas con los otros

hay veces que uno mismo se hace daño con su propia mente, aunque no digan nada de mí, “él ya dijo algo de mí” o algo así (GFA7).

En el grupo de profesores se hizo mención de que estas creencias pueden estar referidas a cierta discrepancia en cuanto a su forma de pensar

por alguna inconformidad o algo con lo cual no estén de acuerdo ellos, o tengan otra visión distinta (GFP3).

Por su parte, en el grupo de los terapeutas emergió una elaboración vinculada a la teoría cognitiva

la forma en que la persona interprete las cosas, eso le va a generar una emoción, si la idea es muy negativa, muy irracional, pues la emoción (...) se va a disparar. Entonces en parte yo creo que es junto con la emoción el nivel o la calidad de pensamiento, la calidad de interpretación, que tengan de la situación que le está llevando a intentar suicidarse (GFT6).

Sucesos de vida. Esta categoría solamente se presentó en el grupo focal de los terapeutas, donde se hizo mención de que ciertos acontecimientos en la vida de los adolescentes pueden favorecer la aparición del riesgo de suicidio

a veces también tiene que ver con pasados ¿no?, con sus historias de vida, por ejemplo, te puedo decir, con los que yo he tenido, como de abuso sexual, de cuestiones de los papás, de divorcios, de ausencias, de muchas cosas (GFT1).

Sentido de vida. Los principales elementos encontrados en esta categoría fueron la incertidumbre existencial, la desesperanza y la búsqueda de inmediatez en la satisfacción.

En los alumnos se encontró una marcada tendencia a la identidad individual y a la incertidumbre.

más bien eso es como el problema de no encontrarse así mismo y tener como esa crisis de existencia del no saber quién eres y de que no te corresponde un lugar (GFA4).

Los profesores hicieron mención del interés de los adolescentes por lo tangible y lo inmediato, ligado a una desesperanza en el futuro

yo veo que hay mucha perdida de esperanza en el futuro. Muchos están en prepa pero a lo mejor salen de la prepa y se van a trabajar. Yo pienso que en el momento en que ellos tengan una esperanza real de salir de la escuela y a lo mejor continuar con otros estudios, o tener acceso a un buen trabajo, un trabajo "chido" como dicen, yo creo que eso haría retomar el rumbo de ellos y su confianza. Yo pienso que una persona que no tiene esperanza, pues ahí se generan muchos problemas desde los económicos, pérdida de valores personales (GFP3).

En los terapeutas surgió sobre todo la cuestión de la significación, la incertidumbre y la inmediatez.

esto de que le pregunte uno a un joven "¿qué quieres ser de grande?" Y diga sicario, obedece a que a la oportunidad de trabajo y de decir, pues sabes qué, más vale vivir bien, ser feliz, aunque sea un poco y tener una camioneta así, que un proyecto que sea estudiar o a lo mejor tener un trabajo remunerado de acuerdo al estudio que se tenga (GFT2).

Baja autoestima. Se considera la baja autoestima en esta categoría puesto que se ha definido como aquellos pensamientos y sentimientos de valía hacia sí mismo, lo cual lo hace primeramente, un fenómeno cognitivo. Se asocia una autoestima baja a la valoración que puedan hacer terceros, la carencia de claridad en la identidad y una falta de sentido de suficiencia en cuanto a las relaciones.

En el grupo de alumnos surgió la idea de que la baja autoestima se encuentra ligada a la crítica de otros

Yo creo que las redes sociales, desde que empezó yo creo que fue como más fácil insultar, más fácil agredir, más fácil empezar, no sé, a subir fotos de esta persona y compararla con un caballo o con el otro, con él, y afecta,

aunque sea una cosa muy pequeña, afecta,. Y yo creo que es como una vía más rápida para bajar el autoestima de alguien (GFA1).

Para los profesores la autoestima se encuentra ligada a la identidad

confusión con él mismo, entonces eso hará que ese chico o chica, modifique su forma (GFP3).

Por su parte, en las aportaciones de los terapeutas se encuentra la idea de que la autoestima implica no solo lo individual sino también un componente relacional

tiene que ver mucho con el auto-concepto, con cómo se sienten ellos, pero no solamente ellos, creo que siempre tiene en relación al otro, y ese otro es, y cómo se hace sentir a través de otro. Lo que yo veo en las diferentes relaciones que tienen es que no se sienten suficientes, ya no hay más para donde (GFT1).

Emocionales

Depresión. En los tres grupos focales se identificó a la depresión como un factor asociado al riesgo suicida. Se encontraron las ideas de no sentirse querido, así como el que la depresión puede pasar desapercibida.

Para los alumnos la depresión está ligada a la falta de expresión de emociones

Un joven podrá sentirse con deseos suicidas porque al sentirse solo incomprendido, porque no habla, la persona se cierra, sufre en silencio, nunca se desahoga. Pienso que las probabilidades de suicidio son más posibles, son más grandes que alguien que si habla con sus seres queridos, un amigo o hasta consigo mismo (GFA8).

El grupo de profesores hizo énfasis en la sensación de vacío como principal característica del malestar depresivo

creo que lo que los lleva a eso, es que sienten que no tienen afecto, o no les llena nada, ni la escuela, ni la familia, ni nada. Entonces ese vacío me imagino que es lo que los orilla a eso. Aunque a simple vista parezcan normales y actúen como... pues como el resto... pero precisamente esa necesidad de estar saciando algo que no tienen, es lo que les impulsa (GFP5).

Por su parte, en el grupo de terapeutas se presentó la idea de que en la depresión confluyen una serie de emociones desbordadas

En este caso, la tristeza, podemos decir, frustración, hasta el enojo, también. Pero que al estar disparadas ya no hay inteligencia emocional, ya no están controladas (GFT6).

Irritabilidad/Labilidad. En esta categoría apareció en los tres grupos focales la idea de variaciones en la personalidad o conducta de los adolescentes, sobre todo presentando enojo, pudiendo este ser dirigido hacia otros.

Para el grupo de alumnos la adolescencia misma se identifica con cierta inestabilidad

Si yo digo que somos, es la etapa más frágil porque somos como muy moldeables, como que estamos muy sensibles para ver hacia qué lado nos vamos (GFA4).

En el grupo de profesores se mencionó que los cambios pueden ser indicadores de un riesgo de suicidio en los estudiantes

cambio de humor, que de repente está bien el muchacho pero que de repente saca arranques de ira o algo (GFP7).

Los terapeutas por su parte, destacaron la presencia del enojo como un indicador de riesgo, incluso se hizo referencia a que el suicidio puede utilizarse como una especie de castigo o venganza

Pareciera ser que cuando se habla de suicidio, se habla de tristeza, de desesperanza, y todo eso, pero parece ser que también hay otro elemento, se dijo hace rato, es el enojo, estoy enojado contigo, para que tú sufras, me mato (GFT6).

Conflictos de pareja. Los tres grupos focales coincidieron en que los problemas de pareja pueden influir en que un adolescente pueda presentar riesgo de suicidio

Para los alumnos se encuentra ligado a la necesidad de cariño

somos así necesitados de cariño o así y por ejemplo pueden encontrar una pareja y si los deja sería como el fin del mundo porque ha sido la única persona que ha recibido un cariño que necesitaba y ya, pues es el motivo, es motivo suficiente para decidir eso del suicidio (GFA1).

En el caso de los profesores se hizo referencia a un rompimiento puede precipitar la aparición del riesgo suicida

quedó embarazada creo como a los 16 años, tuvo muchos problemas con su esposo que era de la misma edad. Bueno se separaron y una vez más volvió a que se quería suicidar pero nada más como que lo decía y creo que en una ocasión si se cortó (GFP5).

Los terapeutas coincidieron en que los conflictos de pareja se relacionan con el riesgo suicida

recuerdo el caso de una chica que tenía como unos 18, 17 años; y entonces el intento de suicidio fue a partir de una cuestión de, digamos como la tensión con su relación de pareja (GFT2).

Comportamentales

Resolución de problemas. Se encontraron dos visiones sobre el suicidio y la resolución de problemas, para los alumnos apareció como una manera de afrontar los problemas, es decir, una forma de resolución de problemas

Realmente el suicidio es pensar que ya se va acabar todo suicidándote que ya no vas a tener los mismos problemas o a veces a tus papás igual, que la escuela bajas calificaciones a veces yo pienso que quieren acabar con todo eso y la mejor manera que encuentran es el suicidio (GFA5).

Por su parte, en el grupo de terapeutas, surgió la idea de que en los adolescentes hay una falta de habilidades de resolución de problemas

pensando como en ese desarrollo, yo diría que el adolescente no, no estoy muy seguro que haya desarrollado las habilidades cognitivas o de introspección como para decir, “¡ah! estoy teniendo un riesgo, una cuestión de ideación suicida”, no creo que llegue a ese nivel (GFT2).

En el caso del grupo focal de profesores no surgió ninguna aportación sobre esta categoría.

Cortarse. Los tres grupos focales coincidieron en que el cortarse es un indicador de riesgo suicida.

En el grupo de alumnos se mencionó además que es un indicador que puede pasar desapercibido

Y también nos dimos cuenta que cómo algo tan obvio, porque ella se cortaba las manos, no podían notarlo los papás (GFA4).

Entre los profesores surgió el cuestionamiento sobre si es que puede considerarse como indicador de riesgo de suicidio

¿También puede ser cuando... tú los ves así dañando su cuerpo? (GFP4).

Para los terapeutas es un indicador que agrava el riesgo de suicidio

pero si acaso el adolescente ya pasó, ahora si como del acto, del deseo, de la planeación al acto, donde ya ha habido unas lesiones pequeñas, entonces ahí me dice que el riesgo va aumentando (GFT3).

Aislamiento. Para el grupo de alumnos el aislamiento tiene que ver con una falta de sentirse entendidos e identificados para poder integrarse

yo creo que si no te identificas con la gente, no. Si no te arrimas o así o te dicen cosas y ni les pones atención, necesitas así alguien que sientas como que sí te entiende o algo (GFA2).

En el grupo de profesores destacó que el aislamiento deviene de la falta de interés

Pero sí hay muchos que como que no les interesa nada o sea que... que están aquí en la prepa para la plática, estar con sus audífonos aislados (GFP6).

Los terapeutas mencionaron que a partir de la práctica clínica se puede decir que existe una asociación alta entre el aislamiento y el riesgo de suicidio

en la experiencia que he tenido, para mí algo que es clave es el aislamiento social que presentan los chicos, es algo que yo he visto también mucho (GFT4).

Sexo. En cuanto a las diferencias que pueden existir entre hombres y mujeres en relación al riesgo de suicidio, en el grupo de alumnos se hizo mención de algunos datos

creo que las estadísticas muestran que los hombres son más propensos a suicidarse que las mujeres, pero creo que en los intentos fallidos de suicidio son más mujeres que hombres (GFA8).

Los terapeutas por su parte, también recurrieron a datos arrojados por la epidemiología

creo que los hombres lo consuman más que las mujeres y tienen menos ideación (GFT5).

En el grupo de profesores no se encontraron pronunciamientos sobre este tema.

Familiares. En el ámbito familiar, dentro de la dimensión sistemas de creencias surgieron las categorías pautas familiares y espiritualidad. En la dimensión organización familiar las categorías que emergieron fueron: límites difusos, dinámica disfuncional, separación/distanciamiento, y recursos sociales y económicos. Por último, en la dimensión comunicación y resolución de problemas las categorías fueron: conflictos, falta de expresión emocional y resolución cooperativa (figura 5).

Figura 10. Sistema de códigos para factores de riesgo familiares por dimensiones y categorías según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
Factores de riesgo				0
R - Familiares				0
R - Sistema de creencias				0
Pautas familiares	1	5	2	8
Espiritualidad	1	1	2	4
R - Organización familiar				0
Límites difusos	1	1	3	5
Dinámica disfuncional	1	8	3	12
Separación/Distanciamiento	4	4	6	14
Recursos sociales y económicos	2	3	3	8
R - Comunicación y resolución de problemas				0
Conflictos	2	2	3	7
Falta de expresión emocional	3	6	5	14
Resolución cooperativa	1	3	1	5
Σ SUMA	16	33	28	77

Sistema de creencias

Pautas familiares. Dentro de la categoría pautas familiares se incluyeron las referencias a mitos y rituales dentro de la familia, específicamente aquellos que los participantes consideran asociados al riesgo de suicidio en los adolescentes.

Los alumnos hicieron referencia a que en los momentos en los que se reúnen los miembros de la familia se ven obstruidos por el uso de celulares o de la televisión, interfiriendo con la convivencia familiar.

Tener un tiempo así de tiempo y familia solo de estar con ellos porque muchas veces que es la comida todos llevan sus celular, y nadie se habla, o que prenden la tele “vamos a ver a Laura” (GFA3).

Por su parte, los profesores llamaron la atención sobre que las discrepancias que pueden existir entre los distintos miembros de la familia pueden generar conflictos

el joven tiene un concepto de lo que es familia y si la familia que tiene se aparta completamente de su concepto bueno, pues, empiezan los problemas (GFP2).

En el caso de los terapeutas el principal señalamiento fue que las pautas familiares pueden transmitirse de manera intergeneracional, repercutiendo en la manera en que los adolescentes atribuyen significado a sus vivencias. Surgió también la idea de que la rigidez en el mito familiar puede devenir en suicidio

“¡así lo ha hecho el abuelo, lo ha hecho el padre y así lo tienes que hacer tu!”, entonces eso, hijoles, pues es demasiado rígido y un suicidio es también como una señal de esa rigidez del sistema (GFT2).

Espiritualidad. En este apartado se integraron aquellas aportaciones que tienen que ver con un sentido de trascendencia y conexión más allá de lo material.

El grupo de alumnos refirió que los adolescentes no muestran ningún tipo de interés en esas cuestiones

Yo pienso que muchos no quieren tener la responsabilidad de tener algo que ver con la espiritualidad porque piensan que “ay no, pues esto no, que flojera” o cosas así (GFA3).

Los profesores que participaron en el grupo focal mostraron una idea coincidente con los alumnos sobre que los adolescentes no se interesan por las cuestiones espirituales

de la parte espiritual yo creo que al menos con los que yo he convivido no es cosa que les interese o que lo tengan como algo prioritario (GFP1).

En el grupo de terapeutas se pudo de manifiesto que las nociones sobre vida y muerte son compartidas por los miembros de la familia.

En la primera sesión que era donde se le pedía primero que el niño o el adolescente describiera su concepto de vida y su concepto de muerte (...) después lo hicimos en familia, “ahora vamos a sacar el concepto de vida y de muerte en la familia”, y ¿qué nos dábamos cuenta?; nos dábamos cuenta que realmente el concepto de muerte y el mensaje de muerte era el mismo que tenían los papás (GFT3).

Organización familiar

Límites difusos. En este apartado se condensan las aportaciones que incluyen los valores, las reglas y los roles que operan dentro de las familias.

Desde la perspectiva de los alumnos existe una carencia axiológica en las familias que repercute en sus formas de interacción

Pienso que faltan muchos valores en las familias, como que falta más convivir entre ellos para que se den estos valores, que se conozcan y haya más respeto, más unión entre ellos, apoyo y muchas cosas así (GFA7).

Los profesores refirieron laxitud en las reglas hacia los adolescentes, así como una marcada diferencia generacional en el establecimiento de normas y estilos de crianza

a mi me educaron mis papás, fueron estrictos y eso ahora los muchachos no lo quieren, quieren hacer algo y que no le digan nada, entonces eso no es correctivo, eso no, no corrige una mala acción, verdad? (GFP3).

Entre los terapeutas se hizo referencia a la necesidad de que exista claridad entre los roles y las formas de comportamiento apegadas a dichos roles

tienen que ver también si están delimitados los roles, si se tienen bien claros los roles de cada quién, si están delimitados y también lo que se piensa de cómo debe ser un padre, como deber ser una madre, como debe comportarse, como debe ser un hijo, que también van a afectar a esta relación (GFT5).

Dinámica disfuncional. Los alumnos hicieron mención de formas distintas de relacionarse dependiendo de si se encuentran en público o en privado

yo he visto a mamás con sus hijas o a papás con sus hijos y los apapachan y todo en casa, pero en público no lo hacen, así como si no lo conocieran casi, casi (GFA8).

En lo que a los profesores respecta, la dinámica familiar se ha visto afectada por la integración en el campo laboral de padres y madres, trayendo como consecuencia formas disfuncionales de interacción

yo pienso que actualmente pues trabajan el papá y la mamá y descuidan mucho a los hijos, o se los dejan a los hermanos mayores, entonces no hay valores no hay jerarquías no hay respeto (GFP3).

Dentro del grupo de terapeutas surgió la idea de que el suicidio como otros síntomas cumple una función de autorregulación dentro de la familia

entre mayor incongruencia familiar, más conductas psiquiátricas y también la posibilidad de una cuestión de suicidio. El suicidio creo que en la dinámica interna de la familia juega un rol muy importante que es reestructurar o evidenciar la incongruencia del sistema (GFT2).

Separación/Distanciamiento. En las relaciones entre los miembros de la familia puede existir un alejamiento ya sea físico o emocional que disponga al adolescente hacia el riesgo suicida.

En el grupo de alumnos se vinculó la separación de los padres con el riesgo de suicidio

Pues que es que sus papás tengan problemas que se están separando o algo (GFA2).

En el grupo de profesores se hizo alusión a través de un caso de las repercusiones que puede tener la separación en las familias

No estaba contenta con nada, cambiaba de novios como de zapatos, por lo mismo que su familia estaba completamente separada (GFP5).

En el grupo de terapeutas trascendió que la ausencia no solamente puede ser física, sino que también un distanciamiento emocional puede ser perjudicial para los adolescentes

La ausencia de algunos de los padres o de los dos, o la presencia pero una falta de cercanía emocional, de reforzamiento de logros (GFT6).

Recursos sociales y económicos. Se hace referencia a aquellos factores de protección que pudieran estar fallando o faltando.

En el caso de los alumnos se mencionó la fuente de sustento como un posible generador de estrés

los papás al trabajar, la presión de su trabajo, sus jefes, que ya los regañaron, que les bajaron el sueldo (GFA8).

En el grupo de profesores se hizo mención al impacto que puede tener la precariedad económica en la adolescencia

a veces también incluso la falta de dinero. A veces nada más traen para los camiones y no desayunan más una bolsita de salchichas o algo. Todo eso va causando, yo creo, que en cualquier persona y más a esa edad tan confusa, pues ciertos sentimientos de conflicto, negativos, carencias (GFP3).

Entre los terapeutas se puso de manifiesto el que los recursos de los adolescentes interactúan con los recursos disponibles en su medio, de tal forma que ante la carencia de estos últimos, aumenta la probabilidad del riesgo suicida

yo creo que es activo pero en función también de esos recursos que estén en su inmediatez, si esos recursos en su inmediatez son escasos o están escaseando o no son efectivos, entonces en esta medida yo diría que se incrementa la vulnerabilidad o el riesgo suicida por la escasez de factores protectores (GFT2).

Comunicación y resolución de problemas

Conflictos. Para los alumnos, la presencia de violencia intrafamiliar puede ser un agravante para el riesgo suicida

Pues si algunos casos que vea que su papá maltrata a la mamá que la ofenda que la golpe que la menosprecien (GFA5).

Desde la mirada de los profesores, los problemas que los adolescentes tengan en su casa pueden llevarle a presentar resentimientos que podrían llevarle al riesgo de suicidio

conflictos que tiene su casa, con su familia, que muchas veces se escucha que porque tuvo problemas con la novia, con el papá, con la mamá, llegan a esa situación por el coraje que traen (GFP7).

En la misma línea de pensamiento, desde los terapeutas se propuso que el suicidio puede utilizarse como un castigo o venganza contra otro miembro de la familia

el suicidarse como castigo del otro, “que no me hiciste esto, no me hiciste caso, no me cumpliste esto”, entonces me suicido. Entonces ahí sí, dentro de esa situación simétrica, de una escalada (GFT2).

Falta de expresión emocional. En lo que se refiere a este tópico, en el grupo de alumnos se hizo alusión a que un adolescente que se encuentra en riesgo

suicida, además de no expresar sus sentimientos, no es receptivo a escuchar ciertos tipos de mensajes en relación al suicidio

no dan ganas de hablar con nadie, cuando tienes deseos de suicidarte, porque es como un monologo que hacen que “no lo hagas, está mal” o “qué voy a hacer sin ti” o cosas así. Es un monologo que hacen ya todos, y no te dan un motivo para vivir. O sea, te regañan a veces, o te hacen sentir más culpable de lo que ya te sientes, al decir que los voy a dejar solos (GFA8).

Profesores hay ocasiones en las que la expresión se ve comprometida por la falta de interés, más existen casos en lo que a pesar de haber intención de expresarse, no se puede llevar a cabo debido a las diferencias entre los intereses de padres e hijos

si vemos el contexto hay muchos alumnos buenos, muchos jóvenes que están inmersos en contextos en donde la familia realmente no está unida y aunque los padres estén interesados, es muy difícil lograr esa comunicación por más que ellos busquen ver películas, platicarles pero es muy difícil por las diferencias que existen entre las afinidades de los papás y los muchachos (GFP5).

Se planteó en el grupo de terapeutas que más allá de la comunicación en sí, el que la familia no sea capaz de externar sobre sus propias formas de comunicación puede ser un contexto propicio para el desarrollo del riesgo suicida

Un suicidio es una acción de desequilibrio en el sistema, para desequilibrar o para empoderar más, ciertos subsistemas al interior. Entonces, qué papel juega la familia, bueno pues sería, este tipo de familias en los cuales hay una imposibilidad de comunicarse o meta-comunicarse, es decir, comunicarse sobre la forma de cómo se comunica (GFT2).

Resolución cooperativa.

En el grupo de alumnos se hizo referencia a la imposibilidad de reconocer que se tiene un problema

muchas veces quien tiene problemas no lo acepta y ese ya es un problema (GFA8).

En la discusión con los profesores apareció la idea de que hoy en día la resolución de los problemas en las familias no se lleva a cabo de manera conjunta, sino que se elabora de manera segregada, individual

Antes me acuerdo en las familias, se quedaba la mamá a cuidar a los hijos y a estar al pendiente. A que hagan la tarea y ella de preparar lo que ocupan para mañana, la comida. Y ahora pos se van a trabajar y “hazte bolas (GFP3).

En el grupo de terapeutas se elaboró la noción de que el suicidio puede ser una manera en que la familia ha aprendido a resolver los problemas

dejó la terapia, y viene años después, acaba de regresar y dice “es que pues ya ves, es que en mi casa todo se resuelve matándose” (GFT1).

Comunitarios. En lo que se refiere al ámbito comunitario, las dimensiones contexto social, escuela y medios, no manifestaron subdivisiones, más no así la dimensión pares, en la cual apareció la categoría bullying (figura 6).

Figura 11. Sistema de códigos para factores de riesgo comunitarios por dimensiones y categorías según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
Factores de riesgo				0
R - Comunitarios				0
Contexto social		4	1	5
R - Pares	5	3	6	14
Bullying	3	1	3	7
R - Escuela	3	1	7	11
R - Medios	4	19	4	27
Σ SUMA	15	28	21	64

Contexto social. En el grupo de alumnos no se encontraron manifestaciones en relación a esta dimensión.

Entre los profesores surgió la idea de que la violencia que pueden sufrir los adolescentes en sus contextos favorece a un clima de violencia

afuera son asaltados, les quitan los celulares en las colonias en donde ellos viven (GFP3).

Entre los terapeutas se destacó la influencia y especificidad del contexto en el que se desarrollan los adolescentes

el contexto está determinado por una historia, está determinado por una cuestión económica, una cuestión política, una cuestión cultural y el contexto con esa densidad, digamos que en contextos de mayor precariedad de la vida nosotros podríamos ver mayores índices de ejercicios de la violencia, ya sea en las relaciones interpersonales o la violencia auto dirigida, en este caso como el suicidio (GFT2).

Pares. En el grupo focal de los alumnos se encontraron dos ideas relacionadas con el grupo de pares. Por un lado, se encuentra cierta falta de aceptación hacia las manifestaciones diferentes. Lo cual lleva a la segunda

cuestión; existe una gran presión social para sentirse incluidos en grupos de pares, lo cual puede llevar a los adolescentes a realizar conductas de riesgo.

yo creo que los jóvenes ahorita piensan mucho en cómo caerle bien a los demás, cómo quedar bien con los demás. Si alguien se droga, se quiere meter a ese grupo social drogándose también, aunque sus ideales sean, no sé, hablando de la religión que vaya a misa, no sé, respete mucho las reglas sociales y por pertenecer a ese grupo se droga, o se avienta con los sicarios y eso, hacen, mata, tienen mucho dinero, carros y viejas a lo loco “ah pues yo también me quiero meter a eso”. Y yo creo que es por quedar bien con los demás, porque no saben quiénes son y como los aceptan en ese grupo hacen lo posible por quedar bien (GFA8).

Entre los profesores aún cuando se reconoce que la figura de los pares es bastante significativa para el adolescente, también se hace mención de que los grupos de pares pueden generar ideas distorsionadas en los jóvenes

tener ese vínculo (...) con un grupo de jóvenes que, a lo mejor se juntan en la noche a hacer despapaye, pues puede ser causa de que piensen que todo lo que en su grupo se dice o se hace sea lo correcto (GFP2).

Para los terapeutas, el que los adolescentes se encuentren en igualdad de condiciones puede significar que no se brinden el mejor apoyo posible entre sí.

más bien lo comunican con los pares y si esos pares también tienen problemas, pues ¿qué se van a decir? (GFT6).

Bullying. Las situaciones de acoso o bullying que pueda sufrir un adolescente en la escuela pueden orillarle a conductas suicidas.

Para los alumnos el bullying es un fenómeno que se presenta sobre todo de manera grupal, incluyendo burlas y ofensas

hay veces que tratan de ser igual que otra persona y esa persona lo nota y ve y se empieza a burlar de él, empiezan a ofenderlo y todo su grupito

también. Y pues él ya se ha de sentir un poco más solo, un poco más triste, le agarra la depresión (GFA1).

Los profesores hicieron mención de la forma en que los estereotipos influyen en las formas de interacción

también fundamental es la influencia de los propios compañeros, como que hay un prototipo de comportamiento a esa edad que si se sale empieza el bullying. Si ves a alguien a un muchacho serio y responsable los otros le están reclamando “tú por qué trajiste la tarea si nosotros no la trajimos”, o sea ese tipo de presiones también orillan a determinados comportamientos que a lo mejor no los tenía pero ya están inmersos en un grupo que lo tiene (GFP3).

Entre los terapeutas surgió una aportación que plantea que el bullying no sólo se presenta de manera física, sino también a través de las redes sociales, en lo que se ha denominado cyberbullying

qué pasa cuando subes información de otra persona para evidenciarla, eso también es una forma de lastimar (GFT3).

Escuela. Para los alumnos una de las fallas por parte de la escuela, es el que los profesores minimicen o pasen desapercibidos los problemas de los alumnos, incluso cuando ellos mismos lo refieren

Me preguntó [la maestra] que qué me pasaba en la escuela, porque sabía que un niño me molestaba, ya que había dicho yo pero no le tomó importancia (GF8A).

En el grupo de profesores se hizo mención de que en algunas ocasiones los maestros mismos juzgan o señalan a sus propios alumnos

Sí, a veces el mal trato de los maestros hacia con los alumnos también influye mucho, subajarlos (GFP1).

Entre los terapeutas se comentó que de manera institucional existe una carencia de espacios para la atención de los estudiantes, o en caso de existir es deficiente su funcionamiento

pocas escuelas le dan importancia como a un departamento psicopedagógico, que bueno, en esencia si los hay pero el cómo funcionan, no sé si ese es una parte que no sería la más apropiada (GFT1).

Medios. De manera general dentro de las aportaciones sobre los medios de comunicación se mencionó que el uso de redes sociales puede implicar el aislamiento de los adolescentes; que algunos de los modelos a seguir provienen de otros países. También, se hizo mención de un desfase entre lo virtual, como las apariencias “maquilladas” y la vida “real”. El que las conductas autolesivas pueden ser vistas como una moda. Específicamente se mencionó la manera en que se maneja la información sobre el suicidio en los medios de comunicación.

Para los alumnos una de las principales influencias de los medios de comunicación está dada por ciertos parámetros que se establecen por sexo, y que al no ser alcanzados pueden producir malestar subjetivo

también hay estereotipos para hombre, porque hay personas, como las mujeres “hay quiero ser delgada” también para los hombre, también se presionan mucho en obtener masa muscular (GFA4).

Los profesores destacaron que hay una exaltación de la violencia, sobre todo a partir de la llamada narco-cultura, incluso en la música

siento que los medios de comunicación influyen demasiado en ellos, que ven demasiada violencia, asesinatos (GFP8).

Desde el grupo focal de los terapeutas se planteó que los medios de comunicación instauran estándares difícilmente alcanzables, lo cual arroja como consecuencia conflictos entre lo ideal y lo real

el Facebook como plataforma de comunicación, modela perfiles de interacción y puede estar relacionado con la construcción de este nuevo imaginario de éxito que tiene que ver con esta cultura de ser feliz. O sea, no importa que no exista trabajo, o no importa que no tengamos los suficientes recursos, no importa que tu colonia de noche no tenga los recursos básicos... se feliz. Entonces esta cultura de ser feliz, sin duda alguna que impacta, o sea, eso impacta en modelar ciertas formas de búsqueda de la inmediatez y de baja tolerancia a la frustración (GFT2).

Factores de protección. Por su parte, los factores protectores, en el ámbito individual se distinguieron las dimensiones cognitiva, emocional y comportamental. En el ámbito familiar las dimensiones fueron: sistemas de creencias familiares, organización familiar, y comunicación y resolución de problemas. Para finalizar, el ámbito comunitario integró las dimensiones de pares, escuela, medios y redes sociales de apoyo (figura 7).

Figura 12. Sistema de códigos para factores de protección por ámbito y dimensiones según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
▲ Factores de protección				0
▲ P - Individuales				0
▷ P - Cognitivos	15	3	3	21
▷ P - Comportamentales	8	6	1	15
▷ P - Emocionales		2	1	3
▲ P - Familiares				0
▷ P - Sistema de creencias	2	2	13	17
▷ P - Organización familiar	7	7	21	35
▷ P - Comunicación y resolución de pr	6	3	15	24
▲ P - Comunitarios				0
▷ P - Pares	6	9	8	23
▷ P - Escuela	7	1	15	23
▷ Contexto más amplio	8	9	1	18
Σ SUMA	59	42	78	179

Individuales. Dentro de los factores de protección individual, se clasificaron en la dimensión cognitiva las categorías optimismo, sentido de vida y autoestima. En la dimensión conductual sólo destacó la categoría resolución de problemas, mientras que la dimensión emocional mostró únicamente la categoría afectividad (figura 8).

Figura 13. Sistema de códigos para factores de protección individuales por dimensiones y categorías según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
Factores de protección				0
P - Individuales				0
P - Cognitivos				0
Optimismo	7	1	1	9
Sentido de vida	3	1	1	5
Autoestima	5	1	1	7
P - Comportamentales				0
Resolución de problemas	8	6	1	15
P - Emocionales				0
Afectividad		2	1	3
Σ SUMA	23	11	5	39

Cognitivos

Optimismo. Entre los alumnos se elaboró la noción de que una actitud positiva puede influenciar en la resolución de los problemas

debemos de armonizar todo lo que, nuestro ser, lo que pensamos y como actuamos, y al tener como esa armonía con nosotros mismos, creo que actuaremos de cualquier forma. Y al fracasar depende de cómo lo veas puedes quedarte estancado ahí o puedes avanzar (GFA8).

En el grupo de profesores se hizo alusión al tema de forma muy concreta

Yo creo que actuar positivo ante todo (GFP7).

Entre los terapeutas se hizo mención de que el optimismo puede incidir en la disminución del riesgo de suicidio

si tal vez, “esto puede cambiar”, entonces, porque ahí puede el riesgo disminuir un poco (GFT5).

Sentido de vida. En lo que respecta al significado atribuido a la propia vida, los alumnos hicieron énfasis en el autoconocimiento como medio para prevenir el riesgo de suicidio

O tener una realización personal, este, conocerse a sí mismo, sus limitaciones este, sus deseos, sus proyectos de vida, qué es lo que quieres y, buscar su yo interno, lo que tú eres realmente. No tener miedo de mostrarle al mundo, creo que es ayudarle a no suicidarse (GFA8).

En el grupo de profesores se coincidió con la idea de la búsqueda de sentido a través del autoconocimiento.

Yo pienso que lo que les motiva a ellos es que ellos se descubran a sí mismos, quiénes son, el valor único o sea, porque somos únicos e irrepetibles (GFP4).

Los terapeutas hicieron referencia a que en la adolescencia surgen cuestionamientos alrededor del sentido de vida, en un intento de establecer la identidad

Creo que esto que se mencionó del sentido de vida es muy importante, si en la adolescencia según dice la teoría, es la búsqueda de la identidad, aquí es como; “¿quién soy?”, “¿hacia dónde voy?” (GFT6).

Autoestima. Entre las ideas que se vincularon con la autoestima se encuentran, la satisfacción con actividades, auto-aceptación y confianza en sí mismo.

Entre los alumnos el principal elemento destacado dentro de la autoestima fue el de amor a sí mismo

a lo mejor encontrar el amor pero en tu interior y no buscarlo en las demás personas, porque bueno como dicen, no puedes encontrarlo en otras personas si no lo encuentras primero en ti mismo (GFA7).

Lo profesores hicieron referencia a la capacidad de reconocer las habilidades en sí mismo

un auto reconocimiento, decir “soy bueno para esto y por lo tanto buscó tal cuestión” (GFP5).

Por su parte, los terapeutas destacaron la parte más cognitiva, haciendo mención del autoconcepto como parte esencial de la autoestima

quizás el auto-concepto que tenga el muchacho, la muchacha sobre sí (GF Terapeutas).

Comportamentales

Resolución de problemas. En este rubro aparecieron varias ideas en los tres grupos focales, tales como: aceptar que se tiene un problema, reconocer que se necesita ayuda, la evitación, “seguir la corriente”, hablarlo con otros, contar con planes alternos, resiliencia,

Entre los alumnos destacó el que se puede buscar ayuda en distintas instancias a partir de que se solicita ayuda de forma explícita

Compartir a veces tus miedo, tus inseguridades con gente que de verdad pienses que sea de importancia para ti y que sientas que te va a apoyar en todo momento y saber que puedes encontrar la solución, hay gente que encuentra la solución en la religión, en dios, en alguna persona, en ayuda de algún profesional, Se encuentra la ayuda de cierta maneras (GFA5).

Los profesores privilegiaron el diálogo como medio para la resolución de problemas

yo creo que eso de la comunicación, sí es muy importante y que es una alternativa que solucionaría muchos problemas (GFP5).

Entre los terapeutas se mencionaron opciones empíricamente contrastables *sería como habilidades muy medibles, como la capacidad de desarrollar estrategias de solución de problemas exitosas, que tiene que ver con múltiples modelos interiorizados en su familia, o en su entorno inmediato y que esas habilidades de resolución de problemas, llevan a buscar otras opciones (GFT2).*

Emocionales

Afectividad. En esta categoría se integraron cuestiones relativas tanto a relaciones amorosas como a la habilidad emocional. Cabe mencionar que en el grupo focal de alumnos no se encontraron referencias a esta categoría.

Los profesores hicieron mención de que una relación amorosa puede resarcir las carencias experimentadas en la familia de origen

Su familia sigue dividida, pero como que ella ya encontró acá la propia. O sea, su esposo, sus dos niñas ya. Entonces como que tuvo que pasar todo un proceso y encajar ella en una situación donde se sintiera amada para ya estar en paz (GFP5).

Por su parte los terapeutas hicieron énfasis en que los recursos afectivos pueden incluso ser más valiosos y útiles que los cognitivos

yo creo que pesa más lo afectivo, es decir, las habilidades afectivas, que la inteligencia. En el tema del suicidio, yo diría que los y las adolescentes se suicidan menos en virtud de sus, de mayor inteligencia emocional que inteligencia intelectual (GFT2).

Familiares. En el ámbito familiar, la dimensión sistemas de creencias se categorizó en sentido a la adversidad, enfoque positivo y espiritualidad. En la dimensión organización familiar las categorías resultantes fueron flexibilidad, conexión, y recursos sociales y económicos. Por último, en la dimensión comunicación y resolución de problemas las categorías fueron: claridad, expresión emocional y resolución cooperativa (figura 9).

Figura 14. Sistema de códigos para factores de protección familiares por dimensiones y categorías según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
Factores de protección				0
P - Familiares				0
P - Sistema de creencias				0
Sentido a la adversidad	1	1	2	4
Enfoque positivo			5	5
Espiritualidad	1	1	6	8
P - Organización familiar				0
Flexibilidad	1	2	1	4
Conexión	5	2	15	22
Recursos sociales y económicos	1	3	5	9
P - Comunicación y resolución de pr				0
Claridad	1	1	6	8
Expresión emocional	2	1	5	8
Resolución cooperativa	3	1	4	8
Σ SUMA	15	12	49	76

Sistema de creencias

Sentido a la adversidad. En los alumnos se atribuyó a la persona misma la responsabilidad de dotar de sentido a sus propias vivencias

yo creo que las personas hacen de las situaciones problemas, porque los problemas no existen, uno sólo se los crea (GFA8).

En lo que respecta al grupo de profesores surgió la idea de incluso significar a la muerte como parte de la vida misma

hay que saber vivir con la vida y con la muerte (GFP3).

En el grupo de terapeutas se hizo referencia a que la manera en que los adolescentes dotan de significado sus vivencias proviene en parte de sus familias

como estos significados, y hablando del adolescente creo que él ha tomado esos significados de familia y como le ha dado sus visiones y como le ha dado sus interpretaciones (GFT1).

Enfoque positivo. Esta categoría tan sólo apareció en el grupo focal de los profesores, se incluye debido a que se presentó en repetidas ocasiones, haciendo referencia a un pensamiento positivo. Destacando que con una actitud positiva se puede superar cualquier adversidad si se mantiene la familia unida.

“de ahí en adelante. para todo hay solución, que se te arruinó el trato, no hay problema mi hijo ahí adelantito vamos a buscar y le vamos a echar ganas” que el muchacho vea que hay positivismo en la casa, y que no se perdió nada. Murió un familiar “pues sabes que mi hijo, tarde o temprano nos va a pasar” (GFP7).

Espiritualidad.

Los alumnos elaboraron una distinción sobre el que la espiritualidad no se restringe a las prácticas religiosas

porque tal vez piensan que la espiritualidad o la fe solo consta de tener una religión o tener un dios en el cual pensar o en el cual querer creer y eso. La espiritualidad es la que debes de tener tú contigo mismo y saber quién eres, a dónde vas y que es lo que quieres hacer (GFA5).

Entre los profesores surgió la aportación de que los padres mantienen los valores que representan a la familia

valores, valores y conozco familias que faltan los papás y ya se pierde (GFP3).

Los terapeutas mencionaron que la apropiación de valores no se limita a la familia nuclear, sino también a la familia extensa

yo pienso que sí tiene que ver con los aprendizajes anteriores desde la infancia, la educación, los valores (...) que tenga por parte de los padres, la familia extendida también (GFT6).

Organización familiar

Flexibilidad. En el grupo de alumnos surgió la idea de que es posible transformar la manera de ser familia, cambiando las formas de interacción de la nuclear a la formada

yo digo que todos los problemas se originan de la familia y si ya no nos tocó una buena familia, con problemas y todo eso, cambiarlo nosotros en la familia que vayamos a formar. O sea, si mi familia no, no me dio esa base tan importante que yo necesité, pues yo tengo que darla (GFA4).

Los profesores sugirieron que dentro de la familia nuclear existe la posibilidad de que los padres se muestren flexibles ante las decisiones de los hijos

Creo que también los padres deben estar abiertos a la experiencia que el chico escoge vivir (GFP4).

Los terapeutas mencionaron que los agentes que pueden cambiar a las familias pueden venir desde el exterior, poniendo como ejemplo los recursos tecnológicos

la invención de la tecnología siempre va a modificar las relaciones sociales (GF Terapeutas).

Conexión. En esta categoría se integran tanto el sentido de unión como las fronteras y la autoridad que existe en las familias. Las principales aportaciones versaron sobre realizar actividades de manera conjunta, el que esas actividades sean nuevas, que una persona funja como autoridad, el que existan reglas dentro del núcleo familiar.

Los alumnos hicieron mención de que una de los principales factores protectores es llevar a cabo actividades que refuercen los lazos entre los

miembros de la familia, pasar tiempo de calidad, jugar con los niños, el que la unión surge del cariño, rituales de convivencia como compartir alimentos, cumpleaños, etc.

Yo digo que encontrar un punto que a toda la familia le guste y practicarlo juntos, y ya de ahí se, se da la confianza. Como si a todos les gusta jugar algo, pues ya todos hacerlo y ya de ahí como que se van estableciendo lazos, porque si todos hacen que les guste a todos de allí ya como que se establecen los lazos para que se de confianza y todo eso (GFA4).

Entre los profesores se hizo mención de que los vínculos superan a la familia nuclear y trascienden de forma intergeneracional

nosotros como hijos somos la continuación de nuestros padres y de nuestros abuelos (GFP4).

Por su parte, los terapeutas refirieron que la conexión que se establece entre los miembros de la familia está dada por las pautas de relación generadas por la estructura familiar.

las pautas de relación que se estructuran entre los integrantes y que permiten a cada uno de los integrantes de la familia obtener los insumos o los nutrientes, vamos, para su desarrollo emocional, su desarrollo, este... adaptativo (GF Terapeutas).

Recursos sociales y económicos. En los alumnos se mencionó que a pesar de existan diferencias de apreciación sobre una dificultad, se puede contar con la familia para solventar los problemas que se presenten

que no hay enojos, a veces llegar a platicarlo y saber qué es el problema, resolverlo y que aparte de reconocerlo, resolverlo y que no que haya que, si él está mal, que reconozca los hechos que han pasado y que lo sepan resolver entre la familia (GFA5).

Entre los profesores surgieron una variedad de ideas relacionadas con esta categoría, tales como el que lo económico funciona como motivación, la familia como red de apoyo mediante una figura a seguir, el apoyo y la atención como muestras de amor, pero sobre todo el que la familia es siempre un apoyo incondicional

crearles esos cimientos de que siempre estás ahí, siempre vas estar ahí, siempre les vas a reconocer, los conoces y estás como al pendiente, que los estás observando que no están solos, no van a la deriva y así te equivoques puedes regresar una y otra vez, pides consejo, lo que sea, o así sea para reprenderte, pero que siempre, siempre voy a estar ahí a tu lado (GFP5).

Entre los terapeutas trascendió que los recursos económicos abren la posibilidad de acceder a otro tipo de recursos de apoyo, tanto tangibles como intangibles, lo cual puede aminorar la ideación suicida

los recursos económicos, los recursos de otros accesos digamos, a otros dispositivos simbólicos; como ir al extranjero como irse de vacaciones, etcétera, etcétera, estos, estos referentes más inmediatos pueden, digamos como desinstalar una construcción de una idea suicida en ese imaginario, vamos de los adolescentes, ¿no?, y digamos el otro escenario, sería el escenario del individuo (GFT2).

Comunicación y resolución de problemas

Claridad. Los alumnos destacaron el que la confianza es un mecanismo para la comunicación abierta y clara

Pues yo creo que es importante la confianza porque a veces hasta dices “no, pues para qué le platico esto a mi mamá, me regaña o ni me hace caso” y tener así como “no, pues es bien buena onda mi mamá y cotorreamos chido y acá”. Pero llevársela bien, va a haber confianza o algo así (GFA2).

El grupo focal de profesores hizo dos aportaciones principales, el que los padres deben concientizar a sus hijos sobre las consecuencias de sus actos y el que es deseable el que los padres conozcan las necesidades de los hijos para poder satisfacerlas o explicarlas

los papás que sean abiertos con los hijos comunicarse pues para saber cuáles son las necesidades y poderlas atender o si no se pueden atender en el momento pues darles una explicación (GFP1).

En el grupo de terapeutas se hizo la apreciación de que la claridad no se limita al lenguaje verbal, sino también se manifiesta en un sentido analógico

que por lo menos escuches, que sabes que te están viendo a los ojos te hace sentirte acompañado (GFT3).

Expresión emocional.

Entre los alumnos surgió la idea de que la demostración de afecto puede bastar para solucionar problemas

ese cariño de un simple abrazo a veces es arregla todo, entonces yo siento que eso es importante (GFA4).

Los profesores recordaron que existe una necesidad de afecto familiar por parte de los adolescentes

Yo creo que también influye la necesidad que tienen de sentirse queridos de sentir afecto de sentirse incluidos en un grupo familiar (GFP3).

En las aportaciones de los terapeutas se encontró que la expresión emocional no se limita a las interacciones frente a frente, sino que se extiende a las redes sociales

en los adolescentes todos ponen la foto del viaje que estuvieron, besándose con el novio, la novia, riendo muy intensamente con los amigos, o

expresando mucho amor hacia el papá y la mamá porque pues "son mi todo" (GFT5).

Resolución cooperativa. Dentro de esta categoría, surgieron cuestiones como el que es importante iniciar con el reconocimiento de los problemas, la negociación de diferencias entre los miembros de la familia, así como la integración de profesionales para la solución de problemas

Los alumnos privilegiaron el diálogo como la principal herramienta para la resolución conjunta de los problemas

Primero dialogar no, primero es dialogar siempre, si es muy grande el problema buscar ayuda especializada un psiquiatra, un psicólogo y una terapia, toda la familia tiene que ir y creo que sí, el dialogo es lo mas importante en un problema (GFA8).

En los profesores destacó el establecimiento de acuerdos

Yo creo que también establecer acuerdos, aunque sí ahorita se escucha así como que "¡ay como cuentos de hadas o algo!" (GFP1).

Los terapeutas hicieron énfasis en que las formas de resolución de problemas se adquieren desde la familia

la capacidad de desarrollar, estrategias de solución de problemas exitosas tiene que ver con múltiples modelos interiorizados en su familia (GFT2).

Comunitarios. En lo que respecta al ámbito comunitario, emergieron las dimensiones pares, escuela, medios y redes sociales de apoyo, sin presentar en ningún caso categorías subsecuentes (figura 10).

Figura 15. Sistema de códigos para factores de protección comunitarios por dimensiones y categorías según grupos focales

Sistema de códigos	GF Alumnos	GF Terapeutas	GF Profesores	SUMA
Factores de protección				0
P - Comunitarios				0
P - Pares	6	9	8	23
P - Escuela	7	1	15	23
Contexto más amplio	8	9	1	18
Σ SUMA	21	19	24	64

Pares. Los alumnos refirieron principalmente el que los pares pueden fungir como el primer medio de contención ante el riesgo de suicidio, así como dar parte a los adultos

Pues a mí ya me pasó un caso así y lo que hicimos yo y mis amigas fue distraerla, o sea, la agarrábamos y nos íbamos corriendo, así sin sentido. Eso como que sí ayuda. Y también informamos a sus papás que estaba sensible y pues sus papás bien sorprendidos porque ellos no sabían nada (GFA4).

Para los profesores los pares sirven como un sistema secundario de acogimiento cuando la familia falta

el vínculo del joven con esa estructura familiar cualquiera que sea, pues no hay comunicación, no hay confianza, o sea se rompe esa unión, y busca otra unión que la sustituya; y la unión con sus amistades, novia o lo que sea, se convierte en algo primario para él (GFP2).

Entre los terapeutas surgieron diferentes aportaciones sobre de qué manera el grupo de pares puede fungir como un factor de protección ante el riesgo suicida. Por ejemplo, los grupos de pares con intereses comunes que se organizan fuera de la escuela, como pueden ser la música o la religión. También se mencionó que el primer tipo de apoyo es emocional y después instrumental, otra de las

aportaciones giraba en torno a que los programas de intervención involucren a los alumnos. La idea principal que surgió en este grupo es que los adolescentes pueden servir como monitores entre ellos mismo de manera efectiva una vez que han sido capacitados

me imagino una preparatoria que yo fuera compañero de alguien que tiene, que yo veo con la charla que nos dieron, que hay ciertos elementos que hacen probable que pueda cometer un acto suicida, pues yo "sabes que" casi, casi lo denunció por decirlo así ¿no? con el psicólogo (GFT5).

Escuela

En el grupo de los alumnos se identificó al maestro como una figura de autoridad capaz de identificar el riesgo suicida, además se sugirió el que la escuela realice evaluaciones periódicas y actividades que involucren a los estudiantes

si un maestro se da cuenta que un niño está bajando su calificación o está muy serio siempre en las clases, o algo, hablar directamente con él o con alguien a quien él le hable, un amigo de él y buscar una solución. Tal vez, hablar con sus papás o una sesión en privado, hablar con toda la familia junta (GFA8).

Los profesores hicieron referencia a dos cuestiones. En primer lugar, que la escuela podría hacer campañas de concientización sobre el tema del riesgo suicida. En segundo lugar, los profesores manifestaron que una de las formas de proteger a los alumnos es realizando una labor de detección y derivación de aquellos casos que consideren de riesgo

Yo pienso que primero hay que detectar. Hace rato hablábamos de comportamiento, de cambios de comportamiento o de aislamiento. O sea, detectar, "ah mira este alumno está muy apartado" o "este alumno no viene, no trabaja" hay que ver porqué. Y una vez detectando entonces canalizarlo (GFP3).

Los terapeutas resaltaron la importancia de que exista un espacio de atención profesional en las escuelas

Yo creo que dentro de las escuelas hablando de, pues si estamos hablando dentro de las secundarias, a lo mejor primaria que realmente pocas escuelas le dan importancia como a un departamento psicopedagógico (GFT1).

Contexto más amplio. En este rubro, se hicieron aportaciones sobre programas de prevención e intervención sobre temas de salud mental, los profesionales de la salud mental y las instituciones involucradas

Entre los alumnos se mencionó que puede haber ciertas figuras que sean como modelos a seguir, en muchos de los casos puede tratarse de personas cercanas a ellos pero en ocasiones puede de tratarse de figuras públicas que no pertenecen a su contexto próximo

Pues yo creo que también te ayudaría como encontrar así como, alguien, como que te de, que sea como una inspiración. Que digas “no pues que me gusta, así como esa persona o cómo lo trata la gente” y tratar como de, pues no como de actuar así pero de a la mejor, hacerte amigo a esa persona o, no sé algo así, pero sí como que encontrar una inspiración (GFA2).

Los profesores pusieron de manifiesto que las realidades de los adolescentes no se restringen a su familia y la escuela, sino que el contexto más amplio en el que se desenvuelven tiene un influjo en ellos

Y que considero yo que la motivación proviene también del propio contexto donde se desenvuelven (GFP8).

En los terapeutas se destacó que el contexto en el que se desenvuelven los adolescentes se va ampliando, y por tanto ya no solo se trata de la familia, sino que se involucran distintos tipos de instituciones

los niños cuando están pequeños pues es básicamente el contexto de la familia, está más tiempo, hablando en función del tiempo, pero conforme se van apartando, entonces a dónde están, es decir, este apoyo se tendría que buscar a donde se mueve yo creo que aunque esto suene paradójico la redes sociales son, también digo hay cosa muy positivas de información de instituciones que informan también a los chavos (GFT1).

Discusión del estudio 1

A partir del análisis cualitativo de la información obtenida a través de los grupos focales, es posible elaborar los siguientes planteamientos: Surgieron dos grandes temas principales, los factores de riesgo y los de protección. A su vez, los temas se dividieron en los ámbitos individual, familiar y comunitario; los cuales se ordenaron por dimensiones y categorías. A continuación aparece una discusión sobre los resultados, organizados de acuerdo a las categorías que obtuvieron mayor cantidad de aportaciones en los grupos focales. En primer lugar se presentan los factores de riesgo y en segundo los de protección.

Factores de riesgo individuales

Depresión. La depresión se atribuye a la sensación de vacío y soledad, a no sentirse querido, a emociones negativas descontroladas y a la falta de expresión de emociones.

En la literatura se encuentra ampliamente documentada la relación entre depresión y riesgo suicida (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Jimenez, Mondragón y González-Forteza, 2007; Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes, 2009; Pavez, Santander, Carranza y Vera-Villaroel, 2009). En lo que se refiere a la atribución de soledad y vacío en la depresión, Balcazar (2000) asegura que la soledad es un fenómeno subjetivo que se relaciona con la depresión. En relación a no sentirse querido, Heinze (2014) menciona que la falta de una adecuada autoestima puede llevar a desarrollar un cuadro depresivo. Sobre el vínculo entre depresión y emociones negativas descontroladas Restrepo-Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011) aseguran que una baja regulación emocional se asocia fuertemente con la depresión. En lo que se refiere a la falta de expresión de las emociones vinculada a la depresión, Arancibia y Behar (2015) reportan una fuerte asociación entre alexitimia y depresión. Inclusive, destacan que la comorbilidad conduce a mayor presencia de ideación suicida.

Sentido de vida. Las formas de vida que privilegian la individualidad conducen a un hedonismo materialista. Bajo esta lógica, la esencia de la persona

es identificada con la posesión o el consumo, por lo que el no poder satisfacer de manera inmediata las necesidades o caprichos, produce en el adolescente un estado de desconfianza hacia su entorno, incertidumbre y desesperanza, lo cual conduce a su vez a una falta de sentido de vida al no establecer algún tipo de conexión significativa.

Estos resultados coinciden con lo manifestado por la OMS (2014), en cuanto a que entre los factores individuales de riesgo de suicidio se encuentra la desesperanza. Siguiendo esa línea Rivera y Andrade (2008) hacen mención de la desesperanza dentro de los factores primarios de riesgo, aunado al desencanto. En complemento a lo anterior Balcazar (2000) ratifica la desesperanza como factor de riesgo, agregando el elemento de soledad, lo que conlleva a esa tendencia a la individualidad mencionada en los resultados. Por su parte, Casullo (2004) resalta entre los elementos fenomenológicos del riesgo suicida la desesperanza, el fracaso, la soledad y el pesimismo.

Como soporte de los planteamientos anteriores Barrón (2005) hace mención de que los adolescentes en cuanto al proyecto de vida priorizan un desarrollo individual, muestran signos de desilusión hacia el entorno, se manifiestan posturas materialistas y hedonistas y un estado de confusión sobre su vida. Ante esto, resulta interesante la apreciación de Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007), en relación a que las conductas de riesgo suponen un medio para enfrentar los sentimientos de desesperanza, narcisismo y aislamiento social. Es decir, en un intento por encontrar sentido a la vida, se la pone en riesgo.

Resolución de problemas. En cuanto a la resolución de problemas, conviven dos visiones, la primera de ellas concibe el suicidio como un fallo en las habilidades de resolución de problemas, mientras que la otra perspectiva sugiere que es en sí una forma de resolver los problemas.

En la literatura se encuentran estudios que soportan ambas posturas. Barón (2000) sostiene que el suicidio surge a partir de un fallo en la resolución de problemas. En esa misma línea argumentativa Jiménez, Mondragón y González-

Forteza (2007) establecen que las conductas de riesgo surgen como una forma para enfrentar los sentimientos de desesperanza, narcisismo y aislamiento social. Vírseda, Amado, Bonilla y Gurrola (2011), por su parte, argumentan que las estrategias deficientes de tipo pasivo y emocional aproximan más a los adolescentes al riesgo suicida. En la otra línea, Nizama (2011) hace referencia a que el suicidio puede ser considerado como una estrategia del adolescente por alejarse de situaciones que le parecen insostenibles, tales como pérdidas, enfermedades y sentimientos imposibles de manejar. Así también, Sánchez-Loyo, Morfín, García de Alba, Quintanilla, Hernández, Contreras, y Cruz (2014) mencionan que el suicidio puede ser culturalmente considerado como un recurso válido de afrontamiento de problemas.

Labilidad/Irritabilidad. Los cambios de conducta o estado de ánimo en los adolescentes se vinculan con el riesgo de suicidio. Específicamente el enojo se relaciona a una suerte de venganza en contra de un tercero.

Barón (2000) afirma que la etapa de la adolescencia, con toda la serie de cambios que genera desequilibrio y un estado de conflicto constante, lo que puede producir irritabilidad en algunos jóvenes. Por su parte Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes (2009) han encontrado una asociación entre la hostilidad y el riesgo suicida en adolescentes. En esta misma línea, Hernández y Lucio (2010) aseguran que en las mujeres se relaciona el enojo, resentimiento y conflictos con padres con el riesgo de suicidio, mientras que en los hombres se vincula a un pobre control del enojo. Orri, Paduanello, Lachal, Falissard, Sibeoni y Revah-Levy (2014) encontraron en algunos casos el intento de suicidio se realiza a manera de venganza como un intento por destrabar un impasse relacional. Así también, De la Roca (2008) ha reportado el papel de la culpa y el enojo en los suicidios adolescentes.

Baja autoestima. La baja autoestima, como un factor asociado al riesgo suicida, se relaciona con una confusión en la identidad del adolescente. Identidad y baja autoestima cobran un sentido relacional, puesto que se encuentran vinculadas a la valoración que puedan hacer terceros sobre su persona. Desde

esta naturaleza interaccional se plantea una falta de sentido de suficiencia en cuanto a las relaciones significativas.

En la literatura especializada se encuentran planteamientos como el de Balcazar (2000), en donde se establece la relación entre baja autoestima y riesgo de suicidio. Así también, de acuerdo con Jimenez, Mondragón y González-Forteza (2007) la baja autoestima es un factor de riesgo para la conducta suicida.

En cuanto al carácter relacional de la identidad y por añadidura la baja autoestima, Martín-Baró (1990) menciona que aún cuando la identidad goza de cierta estabilidad, se reafirma en la relación interpersonal y cobra sentido en un contexto relacional. Gergen (2011) por su parte, hace énfasis sobre la construcción social de la identidad.

Es a partir de las pautas de relación formadas en la familia que se establecen las bases para las interacciones que se elaboren fuera de ella (Cusinato, 1992). En este sentido, Kotliarenco, Cáceres y Fontanilla retomando la teoría de Bowlby (1973, En Kotliarenco et al., 1997) destacan que en la familia se obtiene un apego seguro, para posteriormente convertirse en un apego general hacia otros significativos. De lo anterior se desprende que en caso de no desarrollarse el apego seguro mediante las relaciones familiares, puede brotar el sentido de insuficiencia hacia el otro.

Aislamiento. El aislamiento puede ser un indicador de riesgo suicida, relacionado con la falta de interés, sentirse comprendidos e identificados para poder integrarse.

Tales planteamientos son coincidentes con los estudios especializados en el tema. Desde una perspectiva fenomenológica, Balcazar (2000) sostiene que el sentimiento de soledad se asocia al riesgo suicida, a lo que Casullo (2004) agrega el escapismo como agravante. Hernández y Lucio (2010) refieren que es sobre todo en los adolescentes varones que se asocia más un pobre ajuste y adecuación social, sentimiento de alienación y aislamiento con el riesgo de suicidio. Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes (2009) asocian también al riesgo

de suicidio el aislamiento social, posición que comparten Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007), añadiendo que el aislamiento social puede tratar de superarse por medio de conductas de riesgo.

Este factor destaca la necesidad del otro en la vida de las personas, ya que como asegura Brendtro (2006) toda conducta es una transacción con otros. Por lo que la carencia de relaciones significativas en la vida de las personas puede tener consecuencias desfavorables. En este sentido la OMS (2004) recuerda que algunos factores de riesgo son las relaciones sociales pobres, sobre todo con los familiares y amigos, y la falta de apoyo social. Lo cual es reforzado por Monroy y Palacios (2011), quienes sostienen que la falta de redes de apoyo está asociada al riesgo suicida.

Sexo. Hay diferencia entre hombres y mujeres en relación al riesgo de suicidio adolescente.

Existe amplia evidencia en la literatura sobre la diferencia de sexo en cuanto al fenómeno suicida. Las mujeres presentan mayor riesgo de suicidio en general (Borges et al., 2009; Hernández y Lucio, 2010). De igual forma, en cuanto a la ideación suicida, son las mujeres quienes muestran mayor presencia (Borges et al., 2009; Casullo, 2004; González-Forteza y Palos, 1995; Jimenez, Mondragón y González-Forteza, 2007; Rosales, Córdova y Ramos, 2012). Así también, se presentan más tentativas de suicidio entre las mujeres. Por cada hombre que trata de suicidarse hay tres mujeres que lo han intentado (Borges et al., 2009; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramirez, 2001; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003). En lo que respecta a los suicidios consumados, se presentan mayormente en hombres. Por cada mujer que comete suicidio hay tres hombres que mueren por esa causa (Quintanilla y Varela, 2011; Spirito y Hernandez-Cervantes, 2009).

Creencias. Existen creencias que pueden llevar a emociones negativas y consecuentemente al riesgo suicida, sobre todo aquellas que no permiten

discrepancias y que se centran en sí mismo, aunque las creencias tengan un carácter relacional.

El que existan creencias irracionales o desadaptativas que pueden generar emociones negativas y en casos extremos llevar a malestar depresivo e ideación suicida, es coincidente con los planteamientos del modelo cognitivo conductual tal como ha sido puesto de manifiesto por Roselló, Duarté-Vélez, Bernal y Zuluaga (2011). Lo anterior concuerda con lo planteado por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007) quienes clasifican a la depresión y a la ideación como fenómenos cognitivos, es decir, que implican formas y contenido del pensamiento.

Las formas de pensamiento que no permiten discrepancias son aquellas rígidas. En este sentido, Casullo (2004), ha asociado la rigidez de pensamiento o cognitiva con el riesgo suicida. Así también, Balcazar (2000) hace referencia al pensamiento dicotómico vinculado a personas que presentan riesgo de suicidio, esto significa que tan sólo pueden concebir posibilidades extremas, sin dar pie a la existencia de puntos intermedios entre perspectivas. Lo anterior sugiere que la atención se encuentra centrada en el individuo, sin dar lugar a perspectivas distintas a la de la persona, aun cuando las creencias pueden estar dirigidas a uno mismo, a los demás o al mundo.

Conflictos de pareja. Los conflictos de pareja pueden fungir como un disparador del riesgo de suicidio.

En la literatura se encuentran evidencias a favor de tal afirmación. De manera inversa, la OMS (2014) plantea que una relación estable de pareja es un factor protector ante el riesgo de suicidio. Por su parte, Serrano y Flores (2005) encontraron que el conflicto con la pareja aumenta el riesgo de desarrollar ideas suicidas en ambos sexos.

Cortarse. Se asocia el cortarse, o las lesiones autoinfligidas deliberadamente con el riesgo de suicidio.

En opinión de Barón (2000) el proceso suicida puede sucederse fase por fase, pasando de un nivel de ideación a la acción, por lo que mientras más se aproxime a conductas concretas más se agrava el riesgo suicida. Así también, González-Forteza, Romero-Basaldúa y Jiménez-Tapia (2009) afirman que las lesiones autoinfligidas deliberadamente son un precursor importante e indicador de problemática suicida; ante las cuales, los hombres esgrimen razones de tipo emocional, mientras las mujeres lo atribuyen a situaciones interpersonales.

De manera similar, la OMS (2014), decidió integrar en su informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, las lesiones autoinfligidas dentro del intento suicida, debido a que pueden existir casos de muerte resultante de estas, aun sin intención suicida. En relación a que las lesiones autoinfligidas pueden pasar desapercibidas, González-Forteza et al. (2014) han manifestado que la falta de monitoreo y supervisión por parte de los padres se asocia al riesgo de suicidio en los adolescentes.

Sucesos de vida. Algunos sucesos o historias de vida pueden favorecer la vulnerabilidad hacia el riesgo, sobre todo aquellas relacionadas con la familia y el abuso sexual.

En la literatura se encuentran aportaciones que sostienen que en la vida pueden presentarse algunas situaciones insostenibles que aproximen al riesgo de suicidio a los adolescentes, tales como pérdidas o enfermedades, como ha sido reportado por Nizama (2011). Así también, el presenciar o participar en hechos violentos pueden considerarse dentro de los sucesos estresantes de vida (Cardoso y Dubini, 2005). Puede haber entonces, eventos precipitantes o disparadores, como pueden ser una pérdida, la humillación o el fracaso (Hernández y Lucio, 2010), pero también es importante como destacan Hernández-Cervantes y Lucio (2006) el que pueden existir eventos estresantes que han ocurrido tiempo atrás, y que tal como menciona la OMS (2014), los factores de riesgo pueden tener un efecto acumulativos que aumente la vulnerabilidad.

Entre las historias de vida que se mencionaron surgieron aquellas relacionadas con la familia. Para los adolescentes que se encuentran todavía en el seno de su familia nuclear, cobran primordial relevancia los sucesos estresantes que acontecen dentro de la familia, tal como lo ha reportado Coppari (2008). Así también, Barón (2000) ha puesto de manifiesto que cuando se presenta una discontinuidad en el núcleo familiar el adolescente puede presentar riesgo suicida. De igual modo, las situaciones negativas que se viven en la familia han demostrado tener una fuerte asociación con la depresión, que es uno de los principales factores asociados al suicidio (Veytia, González, Andrade y Oudhof, 2012). En ese tenor, Barcelata, Durán y Gómez-Maquéo encontraron que la mayoría de los estresores se vinculan con la familia y que estos se asocian a problemas emocionales y de conducta.

Como uno de los principales sucesos estresantes de vida que se asociaron al riesgo suicida fue el abuso sexual. Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia (2012) reportaron que adolescentes que sufrieron abuso sexual presentan una percepción de su calidad de vida desfavorable, así como alteraciones en el estado de ánimo con presencia de ideación suicida. Por su parte, González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramirez (2001) dieron cuenta de la asociación entre abuso sexual e intento suicida, denotando un predominio en la población femenina en una proporción de 3 a 1.

Factores de riesgo familiares

Separación/distanciamiento. El riesgo de suicidio puede prosperar ahí donde las relaciones entre los miembros sufren de algún tipo de alejamiento, ya sea este de tipo físico o emocional.

Rutter (1999) ha puesto su atención en la falta de apego adecuado como un factor de riesgo en la adolescencia. Así también, Monroy y Palacios (2011) vincularon el riesgo suicida en adolescentes con la pérdida de uno de sus padres. En este tenor, Ceycedo y colaboradores (2010) mencionan que existe una relación entre el intento de suicidio y la ausencia de la figura paterna. Fitzgerald y colaboradores (2010), por su parte, sostienen que existe un mayor riesgo en los adolescentes que perciben bajos niveles de involucramiento por parte de sus padres y un bajo nivel de cohesión familiar. Mientras que Rivera y Andrade (2008) manifiestan que la carencia en el sentido de unión en la familia es un factor de riesgo para las conductas suicidas.

Falta de expresión emocional. La falta de comunicación en general y en específico la expresión de las emociones dentro del núcleo familiar, favorece al riesgo de suicidio.

Parra y Oliva (2002) sostienen que en la adolescencia de manera normativa se presenta un aumento en la conflictividad hacia con los padres. La manera en que se sortee esta conflictividad dependerá de la dinámica pasada y presente de la familia. Puesto que como Walsh (2004) establece, la ambigüedad e incongruencia son contrarias a los procesos resilientes en la comunicación de una familia.

De este modo, acorde con Rivera y Andrade (2008) el que los adolescentes no perciban el núcleo familiar como un espacio propicio para la expresión de las emociones permite que se instale el riesgo suicida. Así también, Monroy y Palacios (2011), sostienen que el riesgo se favorece por la falta de calidez. Por último, González-Forteza y Palos (1995) especifican que la falta de comunicación, sobre todo con la madre, incrementa el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Dinámica disfuncional. En relación a los procesos internos de interacción de la familia, existen algunos de ellos que aproximan a los adolescentes al riesgo suicida, dentro de los cuales se encuentran la falta de coherencia, carencia de apoyo, adaptabilidad deficiente y una estructura inestable.

Varios autores han puesto de manifiesto que una dinámica y estructura disfuncional son terreno propicio para el riesgo de suicidio en los adolescentes. Entre ellos se encuentran Fitzgerald y colaboradores (2010), quienes manifiestan que un bajo nivel de adaptabilidad junto con una percepción disminuida del soporte familiar favorecen el riesgo. Rivera y Andrade (2008) vincularon la carencia de apoyo entre los integrantes de la familia con el riesgo de suicidio. Por su parte, González-Forteza y su equipo (2014) reportaron que entre quienes manifestaron riesgo suicida se encontró una estructura familiar deficiente, relaciones afectivas insatisfactorias y un ambiente familiar desfavorable. Así también, Ceycedo y colaboradores (2010) refieren que en casos de intento de suicidio es común la disfuncionalidad en los hogares. Siguiendo con esta línea, Nuñez, Olivera, Losada, Pardo, Díaz y Rojas (2008) destacan que una estructura y dinámica familiar disfuncionales e intolerantes se encuentran asociadas al intento de suicidio.

En relación a las alteraciones que se producen en las familias a raíz de que ambos padres o los adultos encargados de los hijos tienen que integrarse al campo laboral dadas las necesidades que tienen que cubrirse, Walsh (2004) exhorta por tratar de encontrar un balance entre el trabajo y las tensiones familiares. Después de todo, como nos recuerda Cyrulnik (2004) la falta de apoyo incondicional dificulta el desarrollo de la resiliencia.

Pautas familiares. La manera en que interactúa una familia se gesta a partir de un sistema de creencias o mito familiar que se transmite de una generación a otra. Estas creencias se manifiestan a través de ciertas prácticas o rituales, ya sean cotidianos o no, y pueden ser trastocadas por discordancias entre los miembros en cuanto a la manera de concebir la realidad o la familia, o verse comprometidas por formas inadecuadas de interacción. De tal forma, existen

algunas pautas que pueden favorecer el riesgo de suicidio en los adolescentes, ya sea que estas provengan de generaciones anteriores o de reciente creación.

Palacios (2015) sostiene que existe una transmisión intergeneracional del riesgo suicida. Planteamiento que es reforzado por Runeson y Asbert (2003) quienes aseguran que la tasa de suicidio es significativamente más alta en las familias con víctimas de suicidio. En esa misma línea, Baca y Aroca (2014) mencionan que la historia familiar de suicidio duplica el riesgo suicida.

Cusinato (1992) plantea que las interacciones sostenidas entre los miembros de la familia crean pautas de relación. En este sentido, Boscolo y Bertrando (1996) mencionan que cuando esas pautas se formalizan a través del tiempo y cobran significados simbólicos se crean los rituales familiares que dan cohesión a la familia. Rivera y Andrade (2008) proponen que la falta de unión en actividades conjuntas, como las que se desarrollan en los rituales familiares puede aproximar al riesgo de suicidio. Así también, Barón (2000) asocia el riesgo de suicidio a la discontinuidad en la experiencia en el núcleo familiar del adolescente.

Así como existen pautas que fomentan la resiliencia en las familias, como han establecido Kotliarenko, Muñoz y Gómez (2012) en relación al juego como pauta protectora en la infancia, ciertas formas de rituales familiares o la interferencia de ellos puede erigirse como un factor de riesgo de suicidio para los adolescentes.

Falta de recurso sociales y económicos. La falta de recursos económicos y un contexto incapaz de brindar apoyo favorecen la vulnerabilidad al riesgo suicida en adolescentes.

González et al. (2008) han puesto de manifiesto que dentro del carácter multifactorial del riesgo suicida, los factores psicosociales juegan un papel insoslayable, dentro de los cuales se encuentran los demográficos, económicos y culturales. En esta línea de pensamiento, Walsh (2004) propone que por más sanos que sean los procesos que operen dentro de una familia, estos pueden verse trastocados por complicaciones de tipo económico. Incluso, Melillo y Suarez

(2011) agregan que las problemáticas de tipo económico se acentúan en los países latinoamericanos con economías emergentes.

Abonando a lo anterior, la OMS (2004) ha resaltado que las relaciones sociales pobres y la falta de apoyo social son factores de riesgo para presentar conductas suicidas. Así mismo, Rutter (1999) sostiene que a nivel comunitario la falta de redes sociales de apoyo y de cohesión social se erige como un factor de riesgo en la adolescencia. A lo anterior, Monroy y Palacios (2011) complementan que un medio ambiente violento y la carencia de redes de apoyo comunitarias son favorables al riesgo. Importante destacar que no basta con que existan los recursos de apoyo, sino que como plantea Antonovsky (1996) es necesario que se tenga la capacidad de ponerlos en marcha.

Conflictos. Un ambiente familiar conflictivo favorece la aparición del riesgo de suicidio entre los adolescentes, especialmente cuando existe presencia de violencia física.

Cardoso y Dubini (2005) refieren que de manera general el presenciar hechos violentos se asocia al riesgo de suicidio. Así también, Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes (2009) sostienen que la agresión y la hostilidad favorecen la aparición del riesgo suicida. Ahora bien, Rivera y Andrade (2008) sostienen que existe una asociación entre la percepción de dificultades en el núcleo familiar por parte del adolescente y el riesgo de presentar conductas suicidas. Fitzgerald y colaboradores (2010) refuerzan este planteamiento, al asegurar que los conflictos dentro de la familia hace más proclive al adolescente de presentar riesgo suicida. Lo cual es corroborado por González-Forteza y colaboradores (2014) quienes hacen mención de que la presencia de violencia en la familia está asociada al riesgo de suicidio,

De manera más específica en relación a la familia, Hernández y Lucio (2010) han encontrado que el tener conflictos con los padres aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo cuando se trata de mujeres. A lo anterior, González et al. (2008) abonan que el maltrato emocional por parte del padre representa un

indicador sensible para el riesgo. Orri y su equipo de colaboradores (2014) defienden que ante ciertos conflictos se puede llegar al suicidio como medio de resolución de esta brecha a manera de venganza.

Límites difusos. Existe una falta de claridad en cuanto a los valores, las reglas y los roles dentro de algunas familias que puede poner en situación de riesgo a los adolescentes. Estos límites difusos no permiten que gocen de una estructura sólida sobre la cual contener sus formas de interacción tanto dentro como fuera de la familia.

Se ha reportado en la literatura que la falta de monitorización y disciplina se encuentran vinculadas con el riesgo de suicidio en adolescentes (González-Forteza et al., 2014; Monroy y Palacios, 2011; Rutter, 1999). En concordancia, Cardoso y Dubini (2005) plantean que la ambigüedad en los vínculos y límites, así como la falta de disciplina sitúa al adolescente en una posición de vulnerabilidad. En relación a las figuras de autoridad González-Forteza y Palos (1995) refieren que la de monitoreo por parte del padre se asocia al riesgo de suicidio. Por su parte, Betancourt, Andrade y Orozco (2008) llaman la atención sobre que un alto control psicológico aunado a un bajo control conductual por parte de la madre se vincula con una mayor presencia de depresión.

Walsh (2012) plantea que la falta de liderazgo y autoridad firme es antagonista de una familia resiliente. Fitzgerald y colaboradores (2010) plantean que niveles bajos de participación parental percibida por parte de los adolescentes se encuentra asociada al riesgo de suicidio. De este modo, siguiendo a Walsh (2004) la falta de claridad en cuanto a los límites y la jerarquía en la familia entorpece el funcionamiento autónomo y el fortalecimiento de la identidad del adolescente.

Resolución cooperativa. Ante la falta de apoyo conjunto por parte de la familia, se produce un fallo en la resolución de problemas, ya sea a nivel práctico como emocional, que al desbordar las capacidades de la persona desemboca en una acción autolítica. Las pautas de interacción del sistema familiar ponen en

marcha el proceso de transmisión generacional del suicidio como forma válida de resolución de problemas en la familia.

Se encuentra en la literatura especializada evidencia de que la falta de apoyo familia favorece el riesgo suicida en los adolescentes, tal como lo han puesto de manifiesto González-Forteza et al. (2014), Monroy y Palacios (2011), la OMS (2004), y Rutter (1999). Por su parte, Runeson y Asbert (2003) han llamado la atención sobre que el riesgo es significativamente más alto en familias en cuyo seno se ha presentado un suicidio. Acorde con esto Baca y Aroca (2014) mencionan que la historia familiar de suicidio duplica el riesgo suicida. Así pues, Palacios (2015) habla de una transmisión intergeneracional del riesgo suicida. La cual podría explicarse como una forma desadaptativa de afrontamiento de los problemas que se incorpora en lo que Kotliarenco (1997) llama el proceso transgeneracional.

Espiritualidad. Aun cuando las familias comparten las mismas creencias, entre los adolescentes no existe interés por nociones referentes a la espiritualidad y la religión.

Según la OMS (2004, 2014), parecería que la falta de creencias religiosas o espirituales pudiera ser un factor de riesgo en cuanto a la conducta suicida. La falta de interés de los adolescentes por este tipo de temas podría explicarse a partir de que aunque como menciona Walsh (2004) los miembros de la familia comparten un sistema de creencias, los temas que tienen que ver con la religión se encuentra entre aquellos que no se abordan en la familia, sobre todo porque pueden generar conflicto con alta intensidad emocional (Parra y Oliva, 2002). Aunado a esto, se encuentra el que los adolescentes están transitando por un proceso de diferenciación en relación a sus padres (Micucci, 2005). Además que como recuerda Barrón, (2005) los adolescentes al estar interesados en lo material y un hedonismo de lo inmediato, no se interesan por cuestiones consideradas como trascendentales.

Factores de riesgo comunitarios

Medios. Los medios de comunicación y específicamente el internet pueden crear una imagen de la realidad distorsionada, presentando estereotipos inalcanzables o exponer a violencia innecesaria.

Huerta, Morales, Reyes y Reyes (2016) afirman que el uso de internet influye en los roles de género, la autoevaluación personal y la percepción de ser aceptado por otros y tener amigos. En relación a los medios y el suicidio Arroyo y Bertomeu (2012) han alertado sobre relación entre el uso de internet y la difusión de métodos suicidas, lo cual ha sido corroborado por Hernández (2009), quien menciona que existen sitios en internet que hacen una apología del suicidio.

Pares. La necesidad de encajar en el grupo de iguales conlleva una presión social que puede abonar en las conductas de riesgo, incluyendo el de suicidio.

Micucci (2005), menciona que el grupo de pares cobra especial primacía en el campo de atención de los adolescentes, quienes suelen establecer relaciones de amistad con otros jóvenes con quienes comparten gustos e intereses, así como una forma de pensar similar, lo cual puede reforzar las conductas desviadas que pudieran presentar (Micucci, 2005). En este sentido, Arroyo y Bertomeu (2012) han manifestado que a través de internet los pares difunden información sobre métodos suicidas. Por otra parte, Bearman y Moody (2004) aseguran que tener una amigo que ha cometido suicidio incrementa la posibilidad de ideación e intento suicida tanto en varones como en mujeres

Escuela. La escuela puede convertirse en un espacio que propicie la vulnerabilidad hacia las conductas suicidas sobre todo por la falta de capacidad institucional y de los miembros de la comunidad educativa para tratar con situaciones próximas al riesgo.

Barcelata, Durán y Gómez-Maqueo (2012) comentan que los adolescentes, sobre todo los varones, refieren tener problemas relacionados con la escuela. Rutter (2012) ha declarado que la escuela puede fungir como un factor de riesgo

al no proveer de espacios de crecimiento adecuados, ni ofrecer responsabilidades y oportunidades de desarrollo. En este tenor González-Forteza, Arana y Jimenez (2008) afirman que en las escuelas no se cuentan con los programas adecuados para vincularse con los servicios de salud mental.

Bullying. El acoso escolar o bullying puede orillar a los adolescentes hacia el riesgo suicida.

En la literatura se encuentran investigaciones que sustentan la relación entre bullying y riesgo de suicidio, como las elaboradas por Sánchez-Sosa, Villareal-González, Musitu y Martínez (2012) quienes encontraron una relación directa significativa entre la victimización escolar, sintomatología depresiva y conducta alimentaria de riesgo con la ideación suicida. Así también, Valadez, Amezcua, González, Montes y Vargas (2011) hallaron que la victimización o bullying se asocia con el riesgo suicida en estudiantes del nivel medio superior.

Contexto social. La inseguridad del contexto en el que se encuentran inmersos los adolescentes favorece el clima de violencia. Tales circunstancias responden a elementos estructurales en la sociedad, tales como los económicos, políticos y culturales.

El fenómeno del suicidio no se reduce al ámbito individual o familiar, sino que como Durkheim (2003) puso de manifiesto, involucra elementos de tipos social. En este sentido, Szasz (1999) remarca que el suicidio solo puede ser comprendido en su contexto histórico, puesto que como complementa Corpas (2011), existe un componente sociocultural en el suicidio.

Bajo esta perspectiva, Monroy y Palacios (2011) afirman que los factores de riesgo no se limitan a las características de la persona, sino que incluyen las características del contexto que ponen en situación de vulnerabilidad a los adolescentes. Rutter (1999) coincide con esta perspectiva, considerando como factores de riesgo la carencia de redes sociales de apoyo en la comunidad y falta de cohesión social. Siendo el suicidio un fenómeno multifactorial como sostienen González et al. (2008) influyen en él cuestiones de tipo demográfico, económico y

cultural. En esta misma línea Borges et al. (2009) muestran que el subempleo, la migración o vivir en ciertas regiones de la república mexicana, aumentan el riesgo de suicidio. Así pues, González-Forteza et al. (2014) afirman que la falta de recursos de apoyo y la existencia de violencia favorecen al riesgo suicida en los adolescentes.

Factores de protección individuales

Resolución de problemas. Como un factor de protección ante el riesgo de suicidio en los adolescentes a nivel individual se encuentra la capacidad de resolución de problemas, dentro de la cual la habilidad para buscar ayuda destaca.

Al respecto, Vírseda, Amado, Bonilla y Gurrola (2011) aseguran que las estrategias centradas en el problema y la búsqueda de apoyo, contrario a aquellas centradas en la emoción, tienen efectos más positivos.

Optimismo. El optimismo es un factor protector ante el riesgo suicida en adolescentes.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) centran parte de sus esfuerzos al estudio del optimismo como una de las emociones positivas dentro de la psicología positiva. Hervás (2009), menciona que el optimismo se relaciona con el bienestar. Por su parte, Walsh (2012) plantea que el optimismo, es decir, la confianza en que los esfuerzos propios pueden hacer una diferencia, es un factor protector individual, lo cual es reforzado por la OMS (2014) en cuanto al riesgo suicida en los adolescentes. Así también, Quiceno y Vinaccia (2013) afirman que el optimismo, junto con el apoyo familiar son protectores frente a la ideación suicida.

Autoestima. La autoestima como una valoración positiva de la propia persona, sus habilidades y autoconcepto, se identifica como un factor de protección ante el riesgo suicida.

Existe consenso en la literatura en que la autoestima es un factor protector en la adolescencia, así lo aseguran Kotliarenko et al. (1997), la OMS (2004) y Páramo (2011). Walsh (2004) además de coincidir en que la autoestima es un factor protector a nivel individual, engloba dentro de esta la sensación de control sobre los sucesos, el compromiso con las actividades en que se implica y concebir el cambio como un desafío para su desarrollo. Jiménez, Mondragón y González-Fortez (2007) afirman que la autoestima además de fungir como un factor

protector ante la ideación suicida, se asocia con vidas más activas, mejor control sobre las circunstancias, menor ansiedad y mayor capacidad para tolerar el estrés interno y externo.

Sentido de vida. Se considera que atribuir un sentido a la vida funge como un factor protector ante el riesgo suicida, tal sentido se encuentra ligado a la identidad del adolescente.

Kotliarenco et al. (1997), menciona que en la vida acontecen ciertas experiencias clave que dotan de sentido la vida de las personas. Específicamente en los adolescentes Barrón (2005) sostiene que el sentido se logra mediante un proyecto de vida que se forja a partir de la búsqueda de autonomía.

Afectividad. Existen procesos emocionales que funcionan como protectores ante el riesgo de suicidio en los adolescentes, sobre todo tener una pareja y la habilidad emocional.

Al respecto la OMS (2004) destaca entre los recursos que protegen del riesgo de suicidio, el tener relaciones significativas. Por otro lado, Vírseda, Amado, Bonilla y Gurrola (2011) mencionan que existen estrategias de solución de problemas centradas en la emoción. En este sentido, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2003) sostienen que existe una relación inversa entre la capacidad de regulación emocional y la depresión.

Factores de protección familiares

Conexión. La conexión familiar representa un factor protector ante el riesgo suicida, puesto que le permite al adolescente acrecentar su autonomía, con la seguridad de que los lazos emocionales con su familia se mantienen, sobre todo mediante la participación de actividades significativas de manera conjunta. Al mismo tiempo, brinda al adolescente un espacio de contención seguro en el cuál desarrollarse dentro de ciertos límites y disciplina.

De acuerdo con Olson (1991), la conexión familiar se establece mediante los lazos emocionales entre sus miembros. Walsh (2004) asegura que dicha conexión, basada en la confianza, permite a sus integrantes tanto vincularse como diferenciarse entre sí. Mediante los límites establecidos entre los miembros se erigen fronteras que hacen posible una autoridad firme pero flexible (Walsh, 2012). González (2004) refiere que la unión familiar incluso en la distancia es crucial para las familias desplazadas. Grau (2012) por su parte, menciona que el uso de recursos de apoyo en familias con enfermedades crónicas pediátricas fortalece la resiliencia. Rivera y Andrade (2006, 2008) resaltan que cuando un adolescente percibe unión y apoyo en su núcleo familiar, se ponen en marcha factores de protección ante el riesgo de suicidio.

Si bien, autores como Castiblanco y Lora (2008), Herscovici (2011) y Patterson (2002) defienden que la cohesión y el apoyo son un importante proceso resiliente en las familias. Otros investigadores tales como Rutter (1999) y Villalba (2003) agregan que dicho apoyo debe acompañarse de límites claros y disciplina. En este sentido, se encuentran investigaciones que soportan tal afirmación. González-Forteza y Andrade (1995) destacan como recurso protector contra la depresión e ideación suicida, el apoyo familiar acompañado de monitoreo, principalmente por parte del padre. Así mismo, González-Forteza et al. (2014) refieren que en cuanto a la problemática suicida es importante que en las familias exista recurso de apoyo que conlleven monitoreo y supervisión. Por su parte, Betancourt, Andrade y Orozco (2008) sostienen que cuando los adolescentes perciben guía y supervisión materna es menor la presencia de depresión.

Sánchez-Loyo et al. (2014) señalan que en aras de prevenir el intento de suicidio, es importante que los padres al intentar cubrir las necesidades materiales no sacrifiquen la satisfacción de las necesidades afectivas y de convivencia. En este tenor, Black y Lobo (2008) aseguran que el tiempo en familia que se utiliza en recreación compartida, abona a los procesos de resiliencia familiar. Supuesto que es secundado por Gómez y Kotliarenco (2010), quienes señalan a las actividades conjuntas, el soporte y apoyo mutuo como factores protectores. Sobre esa línea Kotliarenco, Muñoz y Gómez (2012) aseguran que el juego en la infancia temprana favorece los procesos resilientes en la familia.

Recursos sociales y económicos. El principal recurso con el que cuentan los adolescentes es, incondicionalmente, su propia familia. De forma secundaria, pueden auxiliarse de otras redes de apoyo, sobre todo con amigos, ya sea de manera física o virtual. Los recursos económicos permiten el acceso a recursos subsecuentes, además de servir en sí, como un motivador para los adolescentes.

Walsh (2012) plantea que el uso de redes sociales de apoyo incluye a la familia extensa y a toda la comunidad, lo cual proporciona un soporte tanto práctico como emocional. En opinión de Black y Lobo (2008), junto con Walsh (2004), la seguridad económica y la administración financiera representan una forma de estabilidad que sirve a la familia como un soporte.

Medellín, Rivera, López, Kanán y Rodríguez-Orozco (2012) concuerdan con Páramo (2011) en que los adolescentes recurren primeramente a la familia y como segundo recurso de apoyo se encuentran los amigos. Sobre esta cuestión, González (2002) asegura que aunque al parecer el adolescente se vierte hacia sus pares, cuando se trata de cuestiones importantes suelen recurrir a sus padres. También Morgan (2014) exhorta a fortalecer las redes sociales de apoyo a través de las relaciones entre la familia, los amigos y vecinos, lo cual es coincidente con las recomendaciones propuestas por la OMS (2004). Diversos autores insisten sobre la importancia de las redes sociales de apoyo como factor protector del sistema familiar, entre ellos destacan Fitzgerald et al. (2010), González-Forteza et

al. (2009), López-Peñaloza (2008), Monroy y Palacios (2011), Nichols (2013) y Rutter (1999).

Gómez y Kotliarenco (2010) y González (2004) coinciden en que un factor de protección familiar es la habilidad de búsqueda de nuevas redes de apoyo. Por su parte Grau (2012), pone énfasis en el uso del apoyo, ya que como recuerda Antonovsky (1996) no basta con tener los recursos, hace falta tener la habilidad de utilizarlos.

Claridad. Se considera una fortaleza en las familias el que la comunicación sea clara tanto en el contenido de sus mensajes, como en las conductas de interacción. Esta claridad se refuerza a través de la confianza entre sus miembros y permite a su vez, conocer las necesidades de cada integrante de la familia.

El componente que amalgama el funcionamiento familiar, sostiene Olson (1991), es la comunicación. De este modo, Walsh (2003) sustenta que la claridad implica que los miembros de la familia tienen una idea compartida y carente de ambigüedades sobre la realidad. En otro momento, Walsh (2004) aclara que la claridad en las conductas se realiza mediante los roles y las reglas. Autores como Black y Lobo (2008), Gómez y Kotliarenco (2010), Herscovici (2011), Patterson (2002) y Pereira (2010) han puesto de manifiesto que una comunicación clara, consistente, libre y honesta favorece los procesos resilientes en las familias.

De forma más específica, Kotliarenco, Muñoz y Gómez (2012) han resaltado que la comunicación entre la figura paterna y el niño se asocia a una dinámica familiar más saludable. En esta línea, Parra y Oliva (2002) encontraron que los adolescentes establecen mayor comunicación con sus madres, sobre todo cuando se trata de temas íntimos. Así también, Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza (2012) destacan que la comunicación familiar es un factor de protección ante la ansiedad y la depresión en adolescentes. En lo tocante a la problemática suicida, Fitzgerald et al. (2010) sostienen que una variedad de patrones de comunicación diversos contribuye a contrarrestar el riesgo suicida en jóvenes. Por

último, González-Forteza y Palos (1995) recalcan que la comunicación con los padres funciona como un recurso protector ante las conductas suicidas.

Expresión emocional. Los adolescentes tienen una necesidad de afecto que al ser cubierto es un factor protector en sí mismo, independientemente si la expresión emocional se manifiesta de forma física o verbal.

Este intercambio emocional abierto en un marco de respeto hacia los demás integrantes ha sido propuesto por investigadores como González-Forteza et al. (2009), Monroy y Palacios (2011), Nichols (2013), Rivera y Andrade (2008) y Rutter (1999). Por su parte, González-Arratia et al. (2008) sostienen que la familia al brindar seguridad y equilibrio emocional, es un factor protector en la resiliencia de los adolescentes. En relación a la depresión y el riesgo de suicidio, González-Forteza y Andrade (1995) han encontrado que el que padre y madre se muestren afectuosos con sus hijos se muestra como un factor de protector. En cuanto a las relaciones intrafamiliares Rivera y Andrade (2006, 2008) argumentan que el hecho de que el adolescentes perciba su sistema familiar como un espacio propicio para la expresión de sus emociones y sentimientos disminuye el riesgo de suicidio.

Resolución cooperativa. Para la resolución cooperativa de los problemas en la familia se privilegia el establecimiento de acuerdos a través del diálogo.

Walsh (2004) propone que para poder superar las crisis ante las que se enfrenta la familia, es importante poder tomar decisiones compartidas a través de la negociación de diferencias y el otorgamiento de concesiones entre los miembros de la familia. Bajo esta perspectiva, López-Peñaloza (2008) acentúa el papel de la resolución de problemas ante el duelo por la pérdida de un hijo. Mientras que Domínguez y Godín (2007) coinciden con González (2004) en que la capacidad de solución conjunta de problemas funge como un proceso resiliente en familias desplazadas por violencia. A esto se suma el que Gómez y Kotliarenco (2010) resaltan la importancia de la resolución conjunta en el trabajo con familias multiproblemáticas. Así también, Rivera y Andrade (2006, 2008) consideran que

en la medida en que un adolescente perciba menos dificultades dentro de su núcleo familiar, más alejado del riesgo suicida se encontrará.

Espiritualidad. La espiritualidad trasciende la noción de religiosidad, implicando además una forma de significado en la vida o una conexión axiológica, cuyas raíces se hunden en el sistema familiar, tanto nuclear como extendido.

Walsh (2004) ha sostenido que la espiritualidad, además de la religión, puede dirigirse a la humanidad, naturaleza, arte o activismo. Las nociones de trascendencia y espiritualidad, agrega Walsh (2003) pueden dotar de un sentido más significativo a las adversidades. Incluso González (2004), asegura que pueden generar reflexiones sobre el valor de la vida. Black y Lobo (2008) concuerdan en que la espiritualidad es una fortaleza familiar que funge como factor protector. Lo anterior ha sido sostenido por López-Peñaloza (2008) en relación a la importancia del sentido de trascendencia en el proceso de duelo.

Enfoque positivo. Una actitud positiva permite a la familia superar cualquier adversidad.

Entre los procesos de resiliencia familiar Black y Lobo (2008) destacan el que las familias tengan panorama positivo. A lo que Walsh (2004) agrega que si las familias comparten un enfoque positivo sobre el futuro, aumentan sus posibilidades de persistir frente a una adversidad. En este sentido, Borges y Silva (2010) subrayan los beneficios del uso de la recreación de historias de esperanza en familias que se encuentran en una situación hospitalaria. A lo anterior, Fernández, Parra y Torralba (2012) agregan que un quehacer sustentado en la esperanza, fortalezas y capacidades propias de las familias enriquece la práctica desde el trabajo social.

Flexibilidad. Entre las pautas resilientes en una familia se encuentra el que tenga la flexibilidad para poder realizar cambios en sus formas de interacción con el fin de adecuarse a los cambios que le demanda el contexto y a los que surgen desde su interior en el tránsito por el ciclo vital.

Walsh (2004, 2012) ha establecido que la flexibilidad permite a las familias adecuarse a los cambios, contrarrestando las disrupciones, logrando un equilibrio entre la estabilidad y la adaptación ante cambios normativos y no normativos. La flexibilidad como proceso de resiliencia fundamental en las familias también ha sido defendido tanto por Patterson (2002) como por Black y Lobo (2008) y Herscovici (2011). Castiblanco y Lora (2008) resaltan el valor de la flexibilidad como un factor de protección en familias con hijos adolescentes. En relación al riesgo de suicidio en las familias, Fitzgerald y colaboradores (2010) destacan la importancia de que se pueda gozar de la suficiente flexibilidad en la familia para que los cambios se vayan adecuando a ritmos diferentes en consideración de cada uno de sus miembros ante situaciones de adversidad.

Sentido a la adversidad. La manera en que se dota de un sentido comprensible a las vivencias puede proteger del riesgo de suicidio, incluso encuadrando la muerte dentro de este sistema de comprensibilidad. Es a partir del sistema de creencias familiares que se conforma la manera de significar las experiencias.

Antonovsky (1996) plantea que las personas tienen un sentido de coherencia que permite conferir orden y significado a las vivencias. Hewley y DeHaan (1996) proponen que ese sentido de coherencia se configura a partir de un sistema de creencias compartido por la familia.

Patterson (2002) destaca los significados familiares entre los principales procesos de resiliencia familiar. De Andrade y Da Cruz (2011) concuerdan en que el afrontamiento basado en un sistema de creencias común permite a las familias enfrentar las dificultades de manera más resiliente. En relación a la superación de un duelo por la pérdida de un hijo, López-Peñaloza (2008), ha primado la importancia de un sistema de creencias flexible. Además, Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza (2012) enfatizan que un sistema de creencias compartido es un factor protector contra ansiedad y depresión en adolescentes en situación de pobreza. Así también, Grau (2012) resalta la importancia de dotar de sentido a la adversidad en familias con un hijo con enfermedad crónica.

Factores de protección comunitarios

Pares. El grupo de pares representa un factor de protección, puesto que sirve como un medio de contención y apoyo inmediato para los adolescentes.

Medellín, Rivera, López, Kanán y Rodríguez-Orozco (2012) y Páramo (2011) coinciden en que después de la familia, el grupo de pares representa el siguiente sistema de interacción importante para los adolescentes. Siguiendo esta perspectiva, Valadez, Amezcua, González, Montes y Vargas (2011) aseguran que sentirse aceptado por el grupo de pares representa una fortaleza para la dimensión social del adolescente. De hecho, investigadores como Spirito y Hernandez-Cervantes (2009), y Aseltine y DeMartino (2004) dan cuenta de que se han realizado intervenciones tendientes a identificar y reducir el riesgo de suicidio en las escuelas que integran al grupo de pares en la detección y derivación de los jóvenes en riesgo.

Escuela. La escuela puede fungir como un factor protector al identificar los casos de riesgo, ya sea a través de sus profesores o de manera institucional.

Para Rutter (2012) el contexto escolar puede representar un factor de protección para los adolescentes. En esta dirección, González y Rey (2006) han dado cuenta, de que los estudiantes perciben en la escuela un espacio de protección, cuando en esta se les brinda información, y cuando sus profesores les brindan orientación y apoyo. En este sentido, González-Forteza, Arana y Jiménez (2008) proponen como un factor de protección la implementación de procesos autogestivos hacia la vinculación de las escuelas con los servicios de salud mental.

Contexto más amplio. El contexto más amplio incide en la vida de los adolescentes de manera positiva a través de modelos a seguir, así como de los servicios que pueden brindar las instituciones a favor de ellos, sobre todo las de prevención en temas de salud mental.

Bronfenbrenner (1987) ha propuesto que los sistemas ideológicos, institucionales y culturales, a lo cual llamó macrosistema, influye en la vida de las personas. A lo cual, Swick & Williams (2006) agregan que los valores sociales y las tendencias económicas tienen un gran impacto en la vida de las personas. En este sentido, Monroy y Palacios (2011) plantean que ciertas características de un contexto dado pueden funcionar como un factor de protección, entre estas características destacan el que provea de redes de apoyo y esté libre de violencia. En este sentido, Palacios (2015) señala la importancia del cuidado y vigilancia de la salud mental de niños y jóvenes, a través de las instituciones de salud mental y por medio de la investigación científica.

Estudio 2. Indicadores de riesgo suicida, resiliencia y relaciones intrafamiliares

Diseño

Estudio de tipo transversal. *Ex post facto*.

Objetivo

Evaluar si existe asociación entre los indicadores de riesgo suicida, la resiliencia y las relaciones intrafamiliares en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte.

Objetivos específicos

- Evaluar la presencia de riesgo suicida en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte
- Estimar el estado que guarda la resiliencia en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte
- Valorar las relaciones intrafamiliares en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte
- Determinar la relación entre indicadores de riesgo de suicidio y resiliencia en estudiantes de primer ingreso al bachillerato en la Preparatoria Regional Tonalá Norte

Participantes

Se llevó a cabo una evaluación en los estudiantes de primer ingreso al bachillerato en el ciclo 2015-B a la Escuela Preparatoria Regional de Tonalá Norte, perteneciente al Sistema de Educación Media Superior de la Universidad de Guadalajara. En el estudio se contó con 512 estudiantes, de los cuales el 55.7% (285) fueron mujeres. El promedio de edad fue de 15 años (DE = 0.54), con un rango de edad de 14 a 18 años.

Criterios de inclusión y exclusión

Como criterio de inclusión se tomó el que los alumnos contaran con carta de consentimiento firmada por los padres o tutor, así como el que accedieran a participar de manera voluntaria en la investigación. Se consideró un criterio de exclusión el que los alumnos se rehusaran a participar en el estudio, así como el que no contaran con el consentimiento firmado por los padres o tutor. No se presentaron deserciones.

Instrumentos

Se elaboró una batería que además de los datos de identificación (turno, grupo, situación laboral, código de estudiante) integró tres instrumentos:

Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS) (González-Forteza, 2014).

Datos socio-demográficos. Sexo, edad, desempeño académico, características familiares (estructura, número de hermanos, orden de nacimiento del estudiante, con quién vive, jefe de familia), suficiencia económica.

Figura materna. Se cuestionó sobre la presencia de la madre a través de la pregunta: ¿Vives con tu mamá o con alguna mujer que es como si fuera tu mamá? Las opciones de respuesta fueron: 1 = vivo con mi mamá, 2 = vivo con una familiar mujer que es como si fuera mi mamá. Ej: abuela, tía, 3 = vivo con mi madrastra, 4 = No vivo con mi mamá ni con ninguna mujer como si fuera mi mamá.

Edad de la figura materna. Se preguntó sobre la edad de la madre mediante la pregunta: ¿Qué edad tiene tu mamá o la persona mujer que es como si fuera tu mamá? Se registró el número de años de vida cumplidos.

Relación con mamá. (Climent, Aragón y Plutchick, 1989). Indaga sobre la frecuencia con que se establecen lazos enriquecedores por parte de la madre hacia su hijo. Se trata de una escala compuesta por 15 reactivos, integrada por tres dimensiones: afecto, comunicación y monitoreo. El formato es de tipo Likert,

con las siguientes opciones de respuesta: 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = con frecuencia, 4 = con mucha frecuencia. El rango teórico va de 15 a 60, donde a mayor puntaje es mejor la relación con la madre. La validación en población mexicana presentó un alpha de Cronbach de 0.89 (González-Forteza, y Andrade, 1995).

Figura paterna. Se preguntó sobre la presencia del padre con la pregunta: ¿Vives con tu papá o con algún hombre que es como si fuera tu papá? Las opciones de respuesta fueron: 1 = vivo con mi papá, 2 = vivo con una familiar hombre que es como si fuera mi papá. Ej: abuelo, tío, 3 = vivo con mi padrastro, 4 = No vivo con mi papá ni con ningún hombre como si fuera mi papá.

Edad de la figura paterna. Se recabó la edad del padre por medio de la pregunta: ¿Qué edad tiene tu papá o la persona hombre que es como si fuera tu papá? Se registró el número de años de vida cumplidos.

Relación con papá. (Climent, Aragón y Plutchick, 1989). Indaga sobre la frecuencia con que se establecen lazos enriquecedores por parte del padre hacia su hijo. Se trata de una escala compuesta por 15 reactivos, integrada por tres dimensiones: afecto, comunicación y monitoreo. El formato es de tipo Likert, con las siguientes opciones de respuesta: 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = con frecuencia, 4 = con mucha frecuencia. El rango teórico va de 15 a 60, donde a mayor puntaje es mejor la relación con el padre. En la validación en población mexicana se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.89 (González-Forteza, y Andrade, 1995).

Cédula de Indicadores Parasuicidas. (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998). Evalúa las Lesiones Autinfligidas Deliberadamente (LAD), entendidas como aquellas conductas en las que la persona atenta contra sí misma; así como también el intento o tentativa suicida, considerada como una conducta autodestructiva en la que existe un deseo explícito de morir. La Cédula consta de 13 reactivos que parten de la pregunta: ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin

de quitarte la vida?, el formato de respuesta es dicotómico 1 = Si, 2 = Nunca le he hecho. El resto de las preguntas cuenta con sus respectivas opciones de respuesta, refiriéndose a cuestiones tales como: número de veces en la vida, edad de la primera y última vez, deseo de morir, método, motivo, propósito, letalidad, búsqueda de ayuda e ideación suicida actual

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológico - Revisada (CES-D-R). Consta de 35 reactivos que indican la presencia en las últimas dos semanas de síntomas depresivos, cuyas opciones de respuesta son: 1 = 0 días, 2 = 1-2 días, 3 = 3-4 días, 4 = 5-7 días, 5 = 8-14 días. El rango teórico es de 0 a 140, donde a más puntaje, mayor nivel de sintomatología depresiva. Se define un punto de corte a partir de la media más una desviación estándar por cada sexo. Cuenta con un nivel de confiabilidad de $\alpha \geq 0.93$ (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira, y Wagner, 2008).

Ideación suicida. Consta de 4 reactivos aunados a la Escala de Depresión (CES-D-R) que indican la presencia en las últimas dos semanas de manifestaciones cognoscitivas en torno a la propia muerte, cuyas opciones de respuesta son: 1 = 0 días, 2 = 1-2 días, 3 = 3-4 días, 4 = 5-7 días, 5 = 8-14 días. El rango teórico es de 4 a 16, donde a más puntaje, mayor nivel de ideación suicida. Se define un punto de corte a partir de la media más una desviación estándar por cada sexo. El nivel de consistencia interna conseguido ha sido de $\alpha \geq 0.77$ (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Recursos de apoyo. Permite conocer a quién acuden los adolescentes la mayoría de las veces en busca de ayuda, consuelo y consejos ante fuentes de conflicto como: padre, madre, amigos, novios, escuela, inquietudes sexuales y apariencia física. Cuenta con tres categorías: apoyo familiar, apoyo de amigos y ningún apoyo. Consta de siete reactivos con opciones de respuesta de: 1 = nunca, 2 = a veces, 3 = muchas veces, 4 = siempre. El rango teórico va de 7 a 28, donde a mayor puntaje, es más el nivel de apoyo social. Considerando que se trata de variables de tipo nominal o se evalúa su estructura factorial ni consistencia interna (González-Forteza, y Andrade, 1995).

Impulsividad. (Climent, Aragón y Plutchick, 1989). Indaga sobre conductas que ponen en riesgo el bienestar propio y de los demás adolescentes, como forma de afrontamiento. Es parte de la escala de relación con padre y madre, se compone de cinco reactivos, con un formato tipo Likert, con las siguientes opciones de respuesta: 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = con frecuencia, 4 = con mucha frecuencia. A más puntaje es mayor el nivel de impulsividad. Presenta un nivel de consistencia interna en población mexicana de $\alpha \geq 0.70$ (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Consumo de sustancias. Número de veces de consumo en la vida, se evalúa con la pregunta: ¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido: alcohol, marihuana, inhalables, cocaína, crack, tachas, tabaco. Las opciones de respuesta son: 1 = 1 vez, 2 = 2-4 veces, 3 = 5 ó más veces, 4 = nunca. Edad de inicio de consumo. Se registró el número de años de vida cumplidos. Consumo reciente, se evalúa con la pregunta ¿En el último mes cuántas veces has probado o consumido: alcohol, marihuana, inhalables, cocaína, crack, tachas, tabaco. Las opciones de respuesta son: 1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Casi todos los días.

Escala de Autoestima de Rosenberg. (1965). Se compone de 10 reactivos en los que el estudiante tiene que indicar qué tanto las características enunciadas lo describen, con el fin de evaluar los pensamientos y sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. El formato de respuesta cuenta con las siguientes opciones: 1 = totalmente de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo. Los reactivos 1, 2, 4, 6 y 7 se recodifican para obtener un rango teórico de 10 a 40, donde a más puntaje, mayor es el nivel de autoestima. Se ha reportado en población mexicana un nivel de consistencia interna de $\alpha = 0.78$ (Jiménez, Mondragón, y González-Forteza, 2007).

Locus de control. Se compone de 12 reactivos en los que el estudiante tiene que enunciar qué tan de acuerdo está con una serie de afirmaciones que se le presentan. El formato de respuesta cuenta con las siguientes opciones: 1 = totalmente de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en

desacuerdo. Cuenta con tres dimensiones: locus de control atribuido a la suerte, locus de control atribuido a la afectividad y locus de control atribuido a la internalidad. Cuenta con niveles de validez adecuados en población mexicana (Gómez, Saldaña, Álvarez y González-Forteza, 2004).

Entretenimiento. Cédula con la que se registran la frecuencia de actividades que los adolescentes acostumbran hacer en su tiempo libre. El formato de respuesta cuenta con las siguientes opciones: 1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = bastantes veces, 4 = casi todos los días. La escala ha obtenido resultados adecuados en población adolescente mexicana (González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora, 2000).

Escala de Resiliencia. (González-Arratia, 2011). Se compone de 32 ítems referidos a tres dimensiones: factores protectores internos; factores protectores externos, y empatía. Las opciones de respuesta son de tipo Likert y van de 1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = indeciso, 4 = la mayoría de las veces, 5 = siempre. El nivel de confiabilidad de alpha de Cronbach es de 0.91. Los puntajes se obtuvieron a través de percentiles donde del 0 al 25 indica baja resiliencia, del 26 al 74 media y del 75 al 100 alto nivel de resiliencia.

Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI) (Rivera y Andrade, 2010). Evalúa las interconexiones que se dan entre los integrantes de la familia en tres dimensiones: unión y apoyo; dificultades; y expresión. Cuenta con cinco opciones de respuesta que van de: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo. Se aplicó en su versión breve de 12 reactivos que cuenta con un nivel de confiabilidad de $\alpha = .91$. Los puntajes se obtuvieron a través de percentiles donde del 0 al 25 indica bajo nivel de relaciones intrafamiliares, del 26 al 74 medio y del 75 al 100 alto nivel de nivel de relaciones intrafamiliares (Rivera y Andrade, 2006).

Procedimiento

La batería de instrumentos se digitalizó a través de los formularios proporcionados por google, para ser aplicada por conglomerados mediante grupos intactos constituidos por los grupos de clase. El investigador principal supervisó la aplicación que fue llevada a cabo en los laboratorios de cómputo de la escuela preparatoria. Una vez llevada a cabo la instrucción para contestar los instrumentos se procedió a responder las dudas que surgieron.

Análisis de datos

Los resultados de los instrumentos fueron analizados mediante el programa de cómputo SPSS en su versión 23, en busca de establecer relaciones entre las variables y generar modelos predictivos del riesgo suicida.

Resultados estudio 2

Niveles de confiabilidad

Los niveles de confiabilidad a partir del alfa de Cronbach, obtenidos en la aplicación de las escalas utilizadas en el presente estudio se distribuyeron del siguiente modo: en un nivel excelente se encontraron relación con madre, relación con padre, malestar depresivo, puntaje total de resiliencia y la dimensión factor protector interno de la resiliencia. En un nivel bueno se encontraron recursos de apoyo, las dimensiones unión y apoyo, y expresión de las relaciones intrafamiliares, así como las dimensiones factor protector externo y empatía de la escala de resiliencia. En un nivel aceptable se encontraron la ideación suicida, impulsividad, autoestima, locus de control y entretenimiento. Se encontró un nivel cuestionable en el total de las relaciones intrafamiliares, así como un nivel pobre en su dimensión dificultades.

Tabla 1. Nivel de confiabilidad por instrumento

Instrumento	Alfa de Cronbach
Relación con mamá	.91
Relación con papá	.93
Malestar depresivo	.90
Ideación suicida	.78
Recursos de apoyo	.88
Impulsividad	.79
Autoestima	.78
Locus de control	.75
Entretenimiento	.70
Relaciones intrafamiliares total	.58
Unión y apoyo	.86
Expresión	.88
Dificultades	.64
Resiliencia total	.94
Factor protector interno	.91
Factor protector externo	.83
Empatía	.86

Para fines de organización de la información en el Anexo 1 se encuentra la estadística descriptiva en extenso por cada variable del estudio 2.

Estadística comparativa

Comparación de medias. Se realizó un análisis mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes, con el fin de identificar diferencias entre las variables asociadas al riesgo suicida en relación al sexo, presencia de ideación suicida, malestar depresivo, autoestima e impulsividad. En lo que respecta a la ideación suicida, el malestar depresivo y la impulsividad se obtuvieron puntos de corte a partir de la media más una desviación estándar. Por su parte, para la autoestima baja se tomó como punto de corte la media menos una desviación estándar.

El sexo reveló una diferencia estadísticamente significativa en lo que se refiere al malestar depresivo, en donde el grupo de mujeres observó mayores puntuaciones en medias. Por su parte, las variables autoestima y la dimensión de la resiliencia factor protector interno, mostraron medias superiores en el grupo de hombres.

Tabla 2. Diferencia de medias en variables asociadas al riesgo suicida según sexo (N = 512)

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Depresión	28.27	16.805	33.53	18.356	-3.375	.001
Autoestima	32.67	4.452	31.20	4.933	3.504	.000
FP [†] interno	62.15	6.828	60.61	7.824	2.344	.019

[†]FP = Factor Protector

Se mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto en depresión como en impulsividad, donde las mayores medias se encontraron entre quienes exhibieron ideación suicida. En lo que respecta a la autoestima, se encontraron mayores puntuaciones en las medias de aquellos sin ideación suicida.

Tabla 3. Diferencia de medias en variables asociadas al riesgo suicida según ideación suicida (N = 512)

	Con ideación		Sin ideación		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Depresión	56.61	22.010	26.77	12.599	16.700	.000
Impulsividad	11.18	3.325	8.97	2.921	5.461	.000
Autoestima	27.66	5.520	32.58	4.238	-8.900	.000

Las dimensiones de unión y apoyo, y expresión así como la puntuación total de las relaciones intrafamiliares mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor de aquellos que no presentaron ideación suicida. Por su parte, en la dimensión dificultades las medias más altas se encontraron entre quienes presentaron ideación suicida.

Tabla 4. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según ideación suicida (N = 512)

	Con ideación		Sin ideación		t	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Unión y apoyo	14.39	3.327	16.71	2.802	-5.731	.000
Expresión	13.84	3.823	16.52	2.981	-6.915	.000
Dificultades	11.28	2.910	8.90	3.288	6.441	.000
ERI total	39.51	5.779	42,14	4.982	-3.722	.000

La resiliencia en general, así como sus dimensiones mostraron diferencias estadísticamente significativas, siendo más elevadas entre los participantes sin ideación suicida.

Tabla 5. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según ideación suicida (N = 512)

	Con ideación		Sin ideación		t	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
FP [†] interno	57.95	9.790	61.87	6.787	-4.323	.000
FP [†] externo	45.53	7.822	49.63	4.486	-6.459	.000
Empatía	27.89	4.944	29.91	3.988	-3.919	.000
Resiliencia	131,37	20.496	141.42	13.494	-5.488	.000

[†]FP = Factor Protector

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre quienes mostraron una mejor relación con madre y padre, así como en el contar con recursos de apoyo, siendo mayores las medias entre quienes no mostraron ideación suicida.

Tabla 6. Diferencia de medias en variables de relaciones según ideación suicida (N = 512)

	Con ideación		Sin ideación		t	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Relación con mamá	43.90	10.056	47.66	10.357	-2.690	.009
Relación con papá	31.32	15.729	37.99	17.379	-3.025	.003
Recursos de apoyo	19.71	6.379	22.53	4.959	-3.957	.000

Fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas tanto en ideación como en impulsividad y aquellos que presentaron malestar depresivo. Por su parte, la variable autoestima mostró medias mayores entre aquellos sin malestar depresivo.

Tabla 7. Diferencia de medias en variables asociadas al riesgo suicida según malestar depresivo (N = 512)

	Con depresión		Sin depresión		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Ideación	5.03	4.529	.67	1.167	16.798	.000
Impulsividad	11.52	3.327	9	2.929	5.580	.000
Autoestima	28.13	6.058	32.34	4.357	-6.680	.000

Para el total de las relaciones intrafamiliares, así como también para las dimensiones unión y apoyo, y expresión se encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde quienes no presentaron malestar depresivo exhibieron mayores medias. En la dimensión dificultades se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con mayores medias entre quienes tuvieron malestar depresivo.

Tabla 8. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según malestar depresivo (N = 512)

	Con depresión		Sin depresión		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Unión y apoyo	14.08	3.743	16.67	2.750	-6.537	.000
Expresión	13.68	4.245	16.45	2.962	-6.415	.000
Dificultades	11.38	3.232	8.97	3.255	5.432	.000
ERI total	39.15	7.008	42.09	4.800	-4.193	.000

La variable resiliencia y sus dimensiones mostraron diferencias estadísticamente significativas con mayores medias entre aquellos participantes que no presentaron malestar depresivo.

Tabla 9. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según malestar depresivo (N = 512)

	Con depresión		Sin depresión		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
FP interno	58.57	10.550	61.65	6.848	-3.046	.002
FP externo	45.65	8.471	49.47	4.572	-5.374	.000
Empatía	27.77	5.981	29.86	3.847	-3.668	.000
Resiliencia	131.98	22.063	140.98	13.668	-4.401	.000

La relación con madre y padre, así como los recursos de apoyo, revelaron diferencias estadísticamente significativas, las mayores medias se encontraron entre quienes no exhibieron malestar depresivo.

Tabla 10. Diferencia de medias en variables de relaciones según malestar depresivo (N = 512)

	Con depresión		Sin depresión		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Relación con mamá	40.42	12.151	48.13	9.791	-5.560	.000
Relación con papá	28.15	16.133	38.43	17.123	-4.602	.000
Recursos de apoyo	18.85	6.436	22.65	4.867	-5.449	.000

Se encontraron medias mayores entre quienes mostraron autoestima baja, en relación al malestar depresivo, la ideación suicida y la impulsividad, representando diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11. Diferencia de medias variables asociadas al riesgo suicida según autoestima (N = 512)

	Autoestima baja		Autoestima alta		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Depresión	41.61	23.917	28.88	15.315	6.461	.000
Ideación	3.16	4.022	.74	1.466	9.764	.000
Impulsividad	9.95	2.932	9.15	3.101	3.496	.021

Las relaciones intrafamiliares mostraron diferencias estadísticamente significativas en el total, así como en las dimensiones unión y apoyo, y expresión, las mayores medias se encontraron en los participantes con autoestima alta. En lo que se refiere a la dimensión dificultades las mayores medias se encontraron entre quienes presentaron autoestima baja.

Tabla 12. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según autoestima (N = 512)

	Autoestima baja		Autoestima alta		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Unión y apoyo	14.60	3.474	16.76	2.736	-6.534	.000
Expresión	14.25	3.658	16.54	3.013	-6.377	.000
Dificultades	11.14	3.126	8.83	3.245	6.393	.000
ERI total	39.99	6.153	42.14	4.870	-3.654	.000

Las medias para el grupo de autoestima alta fueron mayores en el puntaje total de resiliencia, incluyendo sus dimensiones, mostrando diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 13. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según autoestima (N = 512)

	Autoestima baja		Autoestima alta		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
FP [†] interno	55.12	9.767	62.66	6.014	-9.614	.000
FP [†] externo	43.68	7.386	50.21	3.841	-12.169	.000
Empatía	26.77	4.857	30.24	3.766	-7.595	.000
Resiliencia	125.57	19.902	143.11	11.717	-11.284	.000

[†]FP = Factor Protector

Se mostró una diferencia estadísticamente significativa en la relación con la madre y el padre, así como en los recursos de apoyo, siendo mayores las medias entre quienes exhibieron autoestima alta.

Tabla 14. Diferencia de medias en variables de relaciones según autoestima (N = 512)

	Autoestima baja		Autoestima alta		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Relación con mamá	40.42	12.151	48.13	9.791	-3.202	.002
Relación con papá	28.15	16.133	38.43	17.123	-4.028	.000
Recursos de apoyo	18.85	6.436	22.65	4.867	-6.987	.000

Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa para ideación y depresión con medias mayores para aquellos con impulsividad. Para la variable autoestima las mayores medias se encontraron entre quienes no mostraron impulsividad.

Tabla 15. Diferencia de medias variables asociadas al riesgo suicida según impulsividad (N = 512)

	Sin impulsividad		Con impulsividad		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Ideación	.98	1.999	2.23	3.532	-4.497	.000
Depresión	29	15.937	42.70	22.536	-6.624	.000
Autoestima	32.09	4.587	30.61	5.544	2-268	.025

Las dimensiones de las relaciones intrafamiliares mostraron diferencias estadísticamente significativas; para unión y apoyo, así como expresión, las mayores medias se obtuvieron en el grupo sin impulsividad, mientras que la dimensión dificultades presentó medias mayores entre quienes mostraron impulsividad.

Tabla 16. Diferencia de medias en relaciones intrafamiliares según impulsividad (N = 512)

	Sin impulsividad		Con impulsividad		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Unión y apoyo	16.55	2.866	15.44	3.486	3.091	.002
Expresión	16.28	3.143	15.32	3.725	2.194	.030
Dificultades	9.11	3.288	10.01	3.529	-2.151	.034

Para la resiliencia en general y la dimensión empatía, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mostrando mayores puntuaciones medias entre aquellos sin impulsividad.

Tabla 17. Diferencia de medias entre dimensiones de resiliencia según impulsividad (N = 512)

	Sin impulsividad		Con impulsividad		<i>t</i>	Sig.
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE		
Empatía	29.90	3.953	28.10	5.076	3.607	.000
Resiliencia	140.66	14.838	136.10	16.245	2.361	.020

Prueba Chi cuadrado

Intento suicida. Dada la naturaleza cualitativa de la variable tentativa de suicidio, que se establece de manera dicotómica en cuanto a presencia o ausencia, se elabora un análisis comparativo a partir de la prueba no paramétrica Chi cuadrado. Las variables escalares fueron dicotomizadas mediante el procedimiento de identificar la media y sumar una desviación estándar para dicotomizar entre alto y bajo. En el caso de la variable autoestima, se restó una desviación estándar a la media para identificar el nivel bajo. De este modo, a continuación se presentan aquellas comparaciones por grupos de variables en cuanto al intento de suicidio que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Variables sociodemográficas. A partir de la prueba Chi cuadrada se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el intento suicida y el sexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las demás variables sociodemográficas y el intento suicida.

Tabla 18. Comparación de variables demográficas con intento suicida

Característica	X ²	gl	p
Sexo	20.266	1	.000

Relación con la figura materna y paterna. En el análisis de comparación Chi cuadrada se encontró una diferencia significativa en relación a las variables intento suicida y relación con la madre; así como con el padre.

Tabla 19. Comparación de las variables Intento suicida y relación con la figura materna y paterna

		Intento suicida	
	X ²	gl.	p
Relación mamá	10.560	2	.005
Relación papá	12.297	2	.002

Indicadores de riesgo suicida. En el análisis de comparación Chi cuadrada se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables intento suicida y depresión, así como entre intento e ideación suicida.

Tabla 20. Comparación de las variables intento suicida e indicadores de riesgo suicida

	X ²	Intento suicida gl.	P
Depresión	18.837	1	.000
Ideación suicida	45.055	1	.000

Recursos de apoyo. A través del análisis de comparación Chi cuadrado se encontró una diferencia significativa en relación a las variables intento suicida y los recursos de apoyo.

Tabla 21. Comparación de las variables intento suicida y recursos de apoyo

	X ²	Intento suicida gl.	p
Recursos de apoyo	15.616	2	.000

Impulsividad. En el análisis de comparación Chi cuadrado se encontró una diferencia significativa en relación a las variables intento suicida e impulsividad.

Tabla 22. Comparación de las variables intento suicida e impulsividad

	X ²	Intento suicida gl.	P
Impulsividad	6.112	1	.013

Consumo de sustancias.

Alguna vez en la vida. A partir de la prueba de comparación Chi cuadrada se encontró una diferencia significativa en cuanto al consumo de sustancias alguna vez en la vida y el intento de suicidio de la siguiente forma: alcohol.

Tabla 23. Comparación de las variables intento suicida y consumo de sustancias alguna vez en la vida

Sustancia	X ²	Intento suicida	
		gl.	p
Alcohol	16.680	3	.001
Marihuana	16.857	3	.001
Inhalables	28.282	3	.000
Cocaína	9.895	3	.019
“Crack”	23.245	3	.000
“Tachas”	16.195	3	.001
Tabaco	41.028	3	.000

Consumo reciente de sustancias. Diferencias estadísticamente significativas fueron encontradas mediante la prueba Chi cuadrada en relación al consumo de sustancias en el último mes a la aplicación al instrumento. Las diferencias en relación a la tentativa suicida por sustancias se presentaron del siguiente modo:

Tabla 24. Comparación de las variables intento suicida y consumo reciente de sustancias

Sustancia	X ²	Intento suicida	
		gl.	p
Alcohol	8.048	3	.045
Marihuana	23.838	3	.000
Inhalables	7.947	3	.047
Cocaína	7.947	3	.047
“Crack”	7.820	2	.020
“Tachas”	16.869	3	.001
Tabaco	25.963	3	.000

Autoestima. A partir de la comparación realizada mediante la prueba Chi cuadrada se encontraron diferencias significativas entre las variables intento suicida y el nivel de autoestima.

Tabla 25. Comparación de las variables intento suicida y nivel de autoestima

	X ²	Intento suicida gl.	p
Autoestima	51.333	2	.000

Relaciones intrafamiliares. Mediante la aplicación de la prueba Chi cuadrado se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones de las relaciones intrafamiliares y el intento suicida del siguiente modo: unión y apoyo; expresión; y dificultades. En cuanto al total de la escala de relaciones intrafamiliares, no se encontraron diferencias significativas en relación a la tentativa suicida.

Tabla 26. Comparación de las variables intento suicida y relaciones intrafamiliares

	X ²	Intento suicida gl.	p
Unión y apoyo	30.825	2	.000
Expresión	18.901	2	.000
Dificultades	33.057	2	.000
ERI Total	4.916	2	.086

Resiliencia. A partir de la comparación realizada mediante la prueba Chi cuadrado se encontraron diferencias significativas en relación a la tentativa suicida tanto entre las dimensiones como con el total de la variable resiliencia. Las diferencias se establecieron como sigue: factores protectores internos; factores protectores externos; empatía; resiliencia.

Tabla 27. Comparación de las variables intento suicida y resiliencia

	χ^2	Intento suicida gl.	p
FP [†] Interno	11.178	2	.004
FP [†] Externo	18.253	2	.000
Empatía	6.191	2	.045
Resiliencia	14.967	2	.001

[†]FP = Factor Protector

Estadística inferencial

Correlaciones

Indicadores de riesgo suicida y variables asociadas. A continuación se presentan las correlaciones que se establecieron a partir de la prueba estadística de Pearson entre los indicadores de riesgo suicida y las variables asociadas. Cabe mencionar que no se destacan aquellas correlaciones entre variables que pertenecen a una misma escala, bajo el supuesto de que existen altas correlaciones entre variables pertenecientes a un mismo instrumento. Así mismo, tampoco se reportan las correlaciones menores de .30 por considerarse demasiado bajas. Conforme se avanza en la descripción se irán obviando aquellas correlaciones que hayan sido descritas anteriormente.

Tabla 28. Correlaciones entre indicadores de riesgo suicida y variables asociadas

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Ideación										
2 Depresión	.710**									
3 Impulsividad	.281**	.388**								
4 Autoestima	-.498**	-.376**	-.200**							
5 Unión y apoyo fam.	-.337**	-.327**	-.216**	.432**						
6 Expresión fam.	-.370**	-.327**	-.211**	.449**	.822**					
7 Dificultades fam.	.315**	.284**	.174**	-.395**	-.465**	-.488**				
8 FPE [£] de resiliencia	-.385**	-.295**	-.123**	.582**	.526**	.544**	-.307**			
9 FPI [¥] de resiliencia	-.293**	-.223**	-.172**	.525**	.428**	.416**	-.229**	.714**		
10 Resiliencia	-.335**	-.274**	-.194**	.573**	.533**	.536**	-.292**	.887**	.927**	

[£]FPE Factor Protector Externo

[¥]FPI Factor Protector Interno

* p < .05 ** p < .01

Ideación suicida. La mayor reciprocidad se encontró entre la ideación suicida y la depresión, mostrando una correlación positiva alta ($r = .710$; $p < .01$) y significativa. Así también, se presentó una correlación negativa moderada entre la ideación y la autoestima ($r = -.498$; $p < .01$). Por otra parte, se encontraron relaciones negativas significativas entre la ideación y el factor protector externo de resiliencia ($r = -.385$; $p < .01$); la expresión familiar ($r = -.370$; $p < .01$); la unión y apoyo familiar ($r = -.337$; $p < .01$); la resiliencia ($r = -.335$; $p < .01$). Por último, se encontró una correlación positiva y significativa entre la ideación suicida y las dificultades familiares ($r = .315$; $p < .01$).

Depresión. Para la variable depresión se encontró una correlación significativa y positiva con la impulsividad ($r = .388$; $p < .01$). En lo que se refiere a correlaciones negativas significativas, estas se encontraron con la autoestima ($r = -.376$; $p < .01$); unión y apoyo familiar ($r = -.327$; $p < .01$), y Expresión familiar ($r = -.327$; $p < .01$).

Impulsividad. En la variable impulsividad solamente se encontró la correlación antes expuesta con depresión ($r = .388$; $p < .01$).

Autoestima. Se encontraron correlaciones positivas moderadas de tipo significativo entre la autoestima y el factor protector externo de resiliencia ($r = .582$; $p < .01$); la resiliencia ($r = .573$; $p < .01$); el factor protector interno de la resiliencia ($r = .525$; $p < .01$); la expresión familiar ($r = .449$; $p < .01$), y la unión y apoyo familiar ($r = .432$; $p < .01$). Por último, en relación a las dificultades familiares se encontró una correlación negativa significativa ($r = -.395$; $p < .01$) con la autoestima.

Unión y apoyo familiar. Para esta variable se encontraron correlaciones moderadas positivas de tipo significativo con la resiliencia ($r = .533$; $p < .01$); el factor protector externo de resiliencia ($r = .526$; $p < .01$), y el factor protector interno de resiliencia ($r = .428$; $p < .01$).

Expresión familiar. En cuanto a esta variable se encontraron correlaciones moderadas de tipo positivas y estadísticamente significativas para el factor protector externo de resiliencia ($r = .544$; $p = < .01$); la resiliencia ($r = .536$; $p = < .01$), y el factor protector interno de la resiliencia ($r = .416$; $p = < .01$).

Dificultades familiares. Se encontró para esta variable una correlación negativa baja de tipo significativo para el factor protector externo de resiliencia ($r = -.307$; $p = < .01$).

En lo que concierne al factor protector externo, factor protector interno y el total de la resiliencia ya se han reportado sus correlaciones con las anteriores variables.

Regresión lineal múltiple

Mediante la elaboración de modelos de regresión lineal múltiple, a través del procedimiento de pasos sucesivos, se pusieron a prueba las relaciones entre las principales variables. De entre los modelos ofrecidos por el programa de cómputo, se eligieron aquellos que integraran relaciones significativas y cuyas variables mostraran coeficientes estandarizados *beta* superiores a .200.

Ideación suicida. A partir del análisis de regresión lineal múltiple se obtuvo un modelo que explicó el 56% de la varianza para la ideación suicida (R^2 ajustado = .564; $F = 331.928$; $p = .000$); en donde la variable depresión guarda una relación positiva significativa como variable independiente, en cuanto a la variable dependiente ideación suicida. Así también, la variable autoestima mostró una relación negativa significativa en cuanto a la variable dependiente ideación suicida.

Tabla 29. Regresión lineal sobre la variable ideación suicida

Variables	β	t	p
Malestar depresivo	.609	19.313	.000
Autoestima	-.269	-8.539	.000

Depresión. Considerando como variable dependiente el malestar depresivo se encontró una relación positiva significativa con la impulsividad, así como una relación negativa significativa con la expresión familiar, en un modelo de regresión logística múltiple que obtuvo un coeficiente de determinación ajustado de .240 ($F = 81.742$; $p = 000$).

Tabla 30. Regresión lineal sobre la variable malestar depresivo

Variables	β	t	p
Impulsividad	.325	8.267	.000
Expresión	-.311	-7.905	.025

Autoestima. A partir del análisis de regresión múltiple se encontró que la variable factor protector externo guarda una relación positiva significativa como variable independiente en cuanto a la variable dependiente, autoestima; mientras que la variable dificultades guarda una relación negativa significativa como variable independiente de la autoestima. El modelo obtuvo un coeficiente de determinación ajustado de .388 ($F = 163.059$; $p = .000$).

Tabla 31. Regresión lineal sobre la variable autoestima

Variables	β	t	p
FP [†] Externo	.509	13.987	.000
Dificultades	-.239	-6.577	.000

[†]FP = Factor Protector

Regresión logística binaria.

Mediante una regresión logística de tipo binario se encontró que el ser mujer representa un riesgo cuatro veces mayor de cometer un intento de suicidio que en el caso de los hombres. Así también, aquellos que presentaron ideación suicida tienen tres veces más riesgo de cometer una tentativa suicida que quienes no la presentan. Quienes presentan un nivel bajo de autoestima tienen tres veces más riesgo de un intento suicida que aquellos con autoestima alta. En los adolescentes que perciben dificultades en su familia aumenta al doble el riesgo de cometer un intento de suicidio.

Tabla 32. Regresión logística sobre la variable intento de suicidio

Variables	p	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	.000	4.226	1.963	9.096
Ideación suicida	.000	3.742	1.895	7.392
Autoestima	.000	3.808	1.988	7.294
Dificultades	.005	2.676	1.353	5.295

Discusión estudio 2

Entre los principales resultados del presente estudio destacan los siguientes:

La ideación suicida puede predecirse de manera bastante acertada a través de la presencia de malestar depresivo y un nivel bajo de autoestima. A su vez, el malestar depresivo es explicado por altos grados de impulsividad y un nivel bajo de expresión emocional en la familia. Asimismo, la autoestima tenderá a ser más elevada ante la presencia del factor protector externo de la resiliencia, y de manera inversa mostrará una disminución ante la presencia de dificultades percibidas por parte de los adolescentes en su núcleo familiar.

Por su parte, el intento suicida se asocia principalmente al sexo, específicamente el ser mujer aumenta el riesgo cuatro veces; la presencia de ideación suicida triplica el riesgo de tentativa suicida; la autoestima baja también triplica el riesgo de intento autolítico, y la percepción de dificultades en el núcleo familiar lo duplica.

A continuación se describen de manera más detallada los principales hallazgos del presente estudio:

Ideación suicida. Los resultados sobre la presencia de ideación suicida en el 14.8% de la muestra de participantes de la presente investigación, coinciden con lo reportado por Rosales, Córdova y Ramos (2012), encontrándose dentro de los rangos descritos en la literatura para población mexicana, que van desde un 8.4% mostrado por Chávez-Hernández y colaboradores (2015), hasta un 47% arrojado por Pérez-Amezcuca y su equipo (2010). Aun cuando en algunas investigaciones se hace mención de diferencias estadísticamente significativas por sexo (Borges et al., 2009), a pesar de haber descubierto una mayor presencia de casos con ideación suicida en mujeres, en la presente investigación no se encontraron diferencias de tipo significativo, lo cual concuerda con lo reportado por Jiménez y colaboradores (2007).

Malestar depresivo. Se encontró que el principal factor predictor de la ideación suicida es el malestar depresivo. Es decir, aquellos adolescentes que muestran una disminución del estado de ánimo (Heinze, 2014) son más proclives a presentar algún grado de ideación suicida. Este hallazgo concuerda con lo ampliamente reportado en la literatura (Baca y Aroca, 2014; Bobes et al., 2004; Casullo, 2004; González-Forteza et al., 2003; Jiménez et al., 2007; Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes, 2009; Pavez et al., 2009; Sánchez-Sosa et al., 2012).

Baja autoestima. Como segunda variable predictora se encuentra la autoestima baja. Esto es, ante la presencia de pensamientos y sentimientos de tipo negativo por parte del adolescente en cuanto a la valoración que hace de sí mismo, es más probable la aparición de pensamientos suicidas. Al igual que con la depresión, existe abundante literatura que corrobora que un nivel bajo de autoestima es un factor de riesgo para presentar ideación suicida (Balcazar, 2000; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Herrero, Musito y Gracia, 1995; Jimenez, Mondragón y González-Forteza, 2007; OMS, 2004).

Siguiendo a González-Forteza et al. (2003), Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007), y Páramo (2011), se puede sostener que existe evidencia suficiente para afirmar que la presencia conjunta de malestar depresivo y baja autoestima incrementa considerablemente el riesgo de presentar ideación suicida en los adolescentes. Asimismo, Herrero, Musito y Gracia (1995) han puesto de manifiesto la proximidad que existe entre las variables depresión y autoestima.

Factor protector externo. En menor medida, a nivel correlacional, se encontró asociación entre la ideación suicida y el factor protector externo de la resiliencia. Lo cual, implica que si el adolescente considera que cuenta con el apoyo de su familia o personas significativas se hace menos probable que presente ideaciones suicidas.

Palacios (2015) llama la atención sobre la importancia de los factores psicosociales en la comprensión y prevención del riesgo suicida en adolescentes.

En este tenor, González y Rey (2006) proponen como factores generales de protección la influencia de la escuela, profesores y amigos. Lo anterior es ratificado por Morgan (2014) y la OMS (2004, 2014), quienes sostienen que la esencia de las redes sociales de apoyo se encuentra en la familia, los amigos y los vecinos. De manera complementaria, González-Forteza, Arana y Jiménez (2008) destacan el apoyo que puede representar la escuela ante el riesgo suicida. Inclusive Taha et al., (2011), han manifestado que la espiritualidad y la religiosidad pueden funcionar como un recurso de apoyo ante el riesgo de suicidio.

De forma contraria, la incapacidad para hacer uso de los recursos de apoyo supone un factor de riesgo que se agudiza según el sexo, ya que como afirman González-Forteza y Andrade (1995) las mujeres con ideación suicida tienen una mayor dificultad para pedir ayuda. Así también, Serrano y Flores (2005) han manifestado que los conflictos con amigos suponen un riesgo para la ideación suicida.

Diversos investigadores como Gómez y Kotliarenco (2010), González-Forteza et al. (2009), López-Peñaloza (2008), Monroy y Palacios (2011) y Rutter (1999) han puesto de manifiesto que de manera general, las redes sociales de apoyo representan un factor protector para los adolescentes. Medellín et al., (2012) afirman que las redes de apoyo que más utilizan las personas son en primer lugar, la propia familia y en segunda instancia los amigos.

Expresión familiar. Se encontró una correlación significativa entre la ideación suicida y las deficiencias en la dimensión expresión de las relaciones intrafamiliares. Monroy y Palacios (2011) han establecido que la falta de calidez o expresión emocional es un factor de riesgo para presentar ideación suicida en los adolescentes. Desde una perspectiva de las fortalezas, González-Forteza y Andrade (1995) sostienen que la comunicación en la familia es un recurso protector ante el riesgo suicida. A lo que Fitzgerald y sus colaboradores (2010) agregan que el tener patrones de comunicación diversos; dinámicas que demuestren cuidado entre los miembros; dar y recibir perdón; así como un manejo

de las reacciones emocionales individuales dentro del grupo familiar, es un factor de protección ante la ideación suicida en los jóvenes.

En la literatura se encuentra un robusto cuerpo de investigaciones que respaldan la noción de que la comunicación en la familia es un factor de protección a nivel general (Black y Lobo, 2008; Herscovici, 2011; Olson, 1991; Patterson, 2002; Pereira, 2010). Autores como Nichols (2013), Rivera y Andrade (2006, 2008), y Walsh (2004) privilegian un tipo de comunicación en particular, refiriéndose a la expresión emocional sincera, en la que se pueden comunicar de manera abierta tanto los sentimientos positivos y negativos en un espacio de apertura y respeto. En este sentido, Gómez y Kotliarenco (2010) destacan que la empatía como forma de expresión en la familia actúa como un factor de protección.

De forma más específica sobre el papel que juega la comunicación familiar como factor protector en los adolescentes, Páramo (2011) afirma que los miembros de este grupo de edad consideran que recurrir a la familia a través del diálogo es un recurso protector. Siguiendo esta perspectiva, Parra y Oliva (2002) han manifestado que la comunicación que sirve para la resolución de conflictos familiares dota a los adolescentes de un factor de protección.

Unión y apoyo. Otra de las dimensiones de las relaciones intrafamiliares que obtuvo una correlación significativa con la ideación suicida fue la de unión y apoyo familiar. Se encuentra documentado por diversos investigadores que la carencia de unión y apoyo familiar en los adolescentes se asocia a la ideación suicida en los adolescentes. De este modo, Monroy y Palacios (2011) destacan la falta de calidez y apoyo por parte de la familia como factores de riesgo para la ideación suicida. Barón (2000) ha puesto de manifiesto la discontinuidad en la experiencia de la familia. Fitzgerald y colaboradores (2010) resaltan el bajo nivel de adaptabilidad y cohesión familiar, así como un bajo soporte familiar percibido. Chávez-Hernández y sus colaboradores (2015) establecen que el desapego de la familia puede producir relaciones poco satisfactorias y asociarse a la ideación suicida.

Por su parte, Rivera y Andrade (2008) destacan como un factor de protección el aumento en el nivel de percepción que el adolescente tenga sobre la unión y el apoyo que recibe en su familia. En esta misma dirección, González-Forteza et al. (2009) puntualizan que las relaciones afectivas dentro del núcleo familiar protegen en contra del riesgo de suicidio en los adolescentes.

Gracia y Musitu (2000) sostienen que para el adolescente la familia es la principal fuente de apoyo. Olson (1991) por su parte, afirma que el grado de proximidad emocional que existe entre los miembros de una familia, así como la conexión o separación entre ellos es parte del funcionamiento familiar. A lo que Minuchin (1986) y Walsh (2994) agregan que la unión que los miembros sienten hacia su familia permite establecer límites que hace posible tanto un sentido de pertenencia como de diferenciación. Patterson (2002) sugiere como idóneo un equilibrio entre la cohesión familiar, la flexibilidad familiar, lo que en la opinión de Rutter (1999) permitirá desarrollar un apego adecuado que facilite el apoyo y la monitorización, estableciendo armonía entre disciplina y calidez. A lo que Cardoso y Dubini (2005) llaman conductas protectoras a partir de vínculos y límites claros.

Algunos de los autores que destacan la cohesión familiar como un factor de protección se encuentran Herscovici (2011), Olson (1991) y Villalba (2003). Entre quienes se decantan por la unión familiar como factor de protección aparecen, Domínguez y Godín (2007), González (2004) y Pereira (2010). Así también, Castiblanco y Lora (2008), De Andrade y Da Cruz (2011), Nichols (2013) sostienen que el apoyo familiar es uno de los principales factores de protección. A tal grado que Páramo (2011) afirma que los adolescentes consideran el apoyo familiar como un factor de protección al que acuden incluso antes que a los amigos.

Gómez y Kotliarenco (2010) sostienen que el realizar actividades conjuntas, el soporte y apoyo mutuo son factores familiares protectores, lo cual es reafirmado por Black y Lobo (2008) para quienes el tiempo en familia y la recreación compartida se encuentran entre los principales procesos de resiliencia familiar. En este sentido, Kotliarenco, Muñoz y Gómez (2012) sostienen que juego, la

recreación y el ocio en la infancia temprana ayudan a generar apego y pautas familiares resilientes.

Resiliencia. Se encontró una correlación significativa entre la resiliencia y la ideación suicida. Quiceno y Vinaccia (2013) mencionan que la orientación positiva hacia el futuro de la resiliencia funge como un factor protector ante la ideación suicida. Por su parte, Quiceno, Mateus, Cárdenas et al. (2013) afirman que la resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre suicidio. Así también, Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) destacan toda una serie de recursos que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. En estos se incluyen factores cognitivos, afectivos, conductuales, de personalidad y ecológicos, que de manera sumatoria o en interacción operan como factores de protección ante la presencia de ideación suicida, ya que como recuerda Kotliarenco (1997) ningún factor en particular, por sí solo, promueve o asegura la resiliencia.

Autores como Cardoso y Dubini (2005), así como Walsh (2004) defienden a la resiliencia como un factor general de protección en los adolescentes. Rutter (1999) destaca que la resiliencia implica una serie de procesos dinámicos entre las cuestiones individuales, familiares y comunitarias. Según Cyrulnik (2004), los procesos de adquisición de la resiliencia tienen un alto componente relacional, desarrollándose en entornos afectivos. A lo que González-Arratia (2008) agrega que aun cuando la familia es un factor protector en la resiliencia, el adolescente tiene que construir su propia resiliencia de manera activa.

De entre las principales características de la resiliencia González-Arratia y colaboradores (2008) destacan la seguridad personal, autoestima, afiliación, altruismo y familia. Kotliarenco (1997) enmarca como los principales factores de la resiliencia, un mayor cociente intelectual, estilos de afrontamiento y autogestión, locus de control interno, habilidades sociales y de enfrentamiento, capacidad de planificación, sentido del humor y autoestima. Por su parte, Rutter (2012) destaca la agentividad, flexibilidad, aprovechar oportunidades, autoreflexividad y el compromiso.

Dificultades. Está demostrado que la presencia de conflictos familiares se asocia a la ideación suicida en los adolescentes (Fitzgerald et al., 2010; Rivera y Andrade, 2006, 2008; Rosales, Córdova y Ramos, 2012; Rutter, 1999). Hernández y Lucio (2010) han constatado que los conflictos con padres, sobre todo en el caso de las mujeres, aumenta el riesgo de suicidio adolescente. González-Forteza y sus colaboradores (2003) aseveran que los conflictos familiares por problemas económicos se asocian a la ideación suicida. Así también, González-Forteza et al., (2009) sostienen que la presencia de violencia en la familia acentúa la ideación suicida en los adolescentes. Por otra parte, tanto Coppari (2008) como Barcelata, Durán y Gómez-Maqueo (2012) aseguran que los sucesos de vida estresantes vinculados con la familia son un factor de riesgo para que los adolescentes presenten ideación suicida.

Desde la perspectiva de las fortalezas Walsh (2004) plantea que la capacidad de resolver de manera cooperativa los problemas por parte de la familia, supone la toma de decisiones compartidas, la negociación de diferencias, otorgamiento de concesiones, tolerancia y miras hacia un bien mayor, todo lo cual representa un factor protector. Inclusive, Parra y Oliva (2002) aseguran que la manera en que los adolescentes sortean el conflicto familiar se convierte en un factor de protección.

Impulsividad. A través de la comparación de medias se encontró una diferencia significativa entre la ideación suicida y la impulsividad. Autores como Baca y Aroca (2014), Barón (2000), Casullo (2004), González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003), Hernández y Lucio (2010) y Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes (2009) respalda la noción de que la impulsividad incrementa el riesgo de presentar ideación suicida.

Relación con la madre. Se encontró también una diferencia de medias entre la ideación suicida y la relación del adolescente con su madre, lo cual es respaldado por las investigaciones de González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003), quienes han encontrado que aquellos estudiantes con ideación suicida manifiestan que no tienen una buena relación con su madre. En este

sentido, González-Forteza y Andrade (1995) han encontrado que la comunicación con la madre funciona como un recurso protector dentro del apoyo familiar. Así también, Parra y Oliva (2002) mencionan que los adolescentes hablan más con sus madres y de temas más íntimos.

Relación con el padre. La comparación entre medias entre la ideación suicida y la relación con el padre a su vez, arrojó diferencias estadísticamente significativas. González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) han documentado que los estudiantes que tienen una relación conflictiva con su padre incrementan el riesgo de presentar ideación suicida. En este tenor, González et al (2008) manifiestan que el maltrato emocional por parte del padre se encuentra asociado a la ideación suicida. Por su parte, González-Forteza y Andrade (1995) elaboran una distinción de género en cuanto a que las mujeres con ideación suicida sienten que su padre no se interesa por ellas. En este sentido, llaman la atención de que la comunicación y el monitoreo por parte del padre es un recurso protector ante la ideación suicida.

Malestar depresivo. En el presente estudio, el malestar depresivo, que resultó ser la principal variable asociada a la ideación suicida, exhibió menor presencia que la encontrada en otras investigaciones. Con 11.7% se posiciona por debajo del nivel de población general reportado por Heinze (2014) que va del 12% al 18%. Así también, se encuentra por debajo de los 31.5% reportados en población adolescente por González-Forteza y sus colaboradores (2008).

En cuanto a la relación del malestar depresivo con el sexo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes presentaron mayores indicadores de malestar depresivo, lo cual ha sido reportado de manera amplia en la literatura especializada (González-Forteza et al., 2008; González-Forteza et al., 2001; González-Forteza, 2009; Heinze, 2014). Lo anterior puede explicarse a partir del hecho de que socialmente, a las mujeres se les permite una mayor expresión de sentimientos depresivos o fatalísticos, mientras que en los hombres es percibido como un signo de debilidad, lo que en los hombres puede enmascarse a través de conductas de riesgo y pasar

desapercibido, con consecuencias más graves. De ahí la importancia del medio como factor de riesgo y protección (González-Forteza, Hermosillo, Vacío-Muro, Peralta y Wagner, 2015; Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Impulsividad. En el presente estudio se encontró que entre las principales variables que predicen el malestar depresivo se encuentra la impulsividad. Sobre esta relación, González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) han encontrado evidencia empírica que demuestra que los estudiantes que presentan malestar depresivo exhiben mayores niveles de impulsividad. Lo anterior cobra sentido si se considera que la impulsividad se relaciona con una deficiencia en el autocontrol y la capacidad de postergar gratificaciones, llevando a grados de insatisfacción que pueden conducir a estados de malestar depresivo (Sánchez-Sarmiento, Giraldo-Huertas y Quiroz-Padilla, 2015).

Expresión. Otra de las variables predictoras del malestar depresivo es la expresión familiar. Sánchez-Martínez y De la Torre (2013) sostienen que la falta de comunicación en la familia se asocia al afecto deprimido. Por lo que, siguiendo a Ramírez-Osorio y Hernández-Mendoza (2012) es posible argumentar que la comunicación familiar es un factor protector para la depresión. Esto es, sí el adolescente percibe en su núcleo familiar la posibilidad de comunicar sus ideas y emociones en un ambiente de respeto (Rivera y Andrade, 2006, 2008), estará más protegido contra el malestar depresivo.

Unión y apoyo. En un nivel correlacional se encontró que la dimensión unión y apoyo de la escala de las relaciones intrafamiliares se asocia al malestar depresivo de manera significativa. Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009), sostienen que la cohesión familiar se relaciona de manera negativa con los índices de depresión. Lo anterior indica que la percepción en el adolescente de unión y apoyo por parte de su familia le protege contra el malestar depresivo.

Dificultades. Se encontró una diferencia de medias entre quienes manifestaron malestar depresivo y la percepción de dificultades. Lo anterior ha sido puesto en evidencia por Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012), y

Álvarez y colaboradores (2009), quienes sostienen que los conflictos familiares se asocian con la depresión.

El que aparezcan como más significativos la expresión de sentimientos en la familia, así como la unión y apoyo por encima de las dificultades (Rivera y Andrade, 2006; 2008), parece sugerir, como afirma Walsh (2004), que no es que las familias resilientes estén exentas de dificultades, sino que la manera en que las resuelven de manera conjunta, abierta y clara, protege al adolescente del malestar depresivo.

Resiliencia. La diferencia de medias entre el malestar depresivo y el nivel de resiliencia pone de manifiesto lo que Restrepo-Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011) aseguran: que la resiliencia guarda una relación negativa con la presencia de depresión en adolescentes.

Relación con la madre. Entre el grupo de quienes presentaron depresión se encontró una diferencia significativa en cuanto a quienes tienen una mala relación con la madre. Lo anterior ha sido evidenciado por Betancourt, Andrade y Orozco (2008), quienes mencionan que un alto control psicológico aunado a un bajo control conductual de la madre aumenta las posibilidades de presentar depresión. Así también, González-Forteza y cols. (2003) aseguran que los estudiantes que no tienen una buena relación con sus madres incrementan el riesgo de presentar depresión. Sobre la línea de la protección Betancourt, Andrade y Orozco (2008) aseguran que la guía y supervisión materna se asocia a un nivel menor de depresión en los adolescentes.

Relación con el padre. Mediante la comparación de medias se puede deducir que los estudiantes que tienen una relación conflictiva con su padre tienen más posibilidades de presentar malestar depresivo, lo cual ha sido evidenciado por González-Forteza y colaboradores (2003).

Autoestima. En cuanto a las diferencias por sexo, los resultados obtenidos en la presente investigación revelaron una diferencia significativa a favor de los varones, lo cual es contrario a lo reportado por Jimenez et al. (2007).

Factor protector externo. Se encontró que la dimensión de la resiliencia llamada factor protector externo guarda una relación como variable independiente en cuanto a la autoestima. Lo anterior significa que considerar que se cuenta con el apoyo de la familia, un grupo o alguna persona significativa, favorece la autoestima en el adolescente. La autoestima se construye a partir de las interacciones sociales, sobre todo con el grupo primario de referencia que es la familia. Aún cuando en la adolescencia la familia ya no funge como un determinante para la autoestima, sigue funcionando como un elemento de retroalimentación (Jiménez, Musito y Murgui, 2008). Aunado a esto, una adecuada autoestima permite la capacidad de poder pedir ayuda a otros (González, 1999). Cuando este recurso se encuentra comprometido el adolescente se encuentra más vulnerable al riesgo (Rutter, 1999; Monroy y Palacios, 2011).

Dificultades. Otra de las variables que respondió como predictora de la autoestima fue la dimensión de las relaciones familiares denominada dificultades. En otras palabras, si el adolescente percibe en su familia relaciones problemáticas o indeseables, será más propenso a presentar una autoestima baja. Rivera y Andrade (2006, 2008) han documentado que un puntaje alto en cuanto a la dimensión de dificultades se encuentra relacionado a conductas de riesgo en los adolescentes. Así también, Jiménez, Musito y Murgui (2008) han establecido que la presencia de conflicto en la familia se asocia de manera negativa con la autoestima en los adolescentes.

Resiliencia. Se encontró que existe una correlación entre la resiliencia y la autoestima, lo cual ha sido comprobado empíricamente por González-Arratia, Reyes, Valdéz y González (2011). Del mismo modo, Rutter (1999) y Walsh (2004) han llamado la atención de la proximidad entre estos dos constructos que se consideran como factores protectores en los adolescentes.

Factor protector interno. En los resultados de la presente investigación surgió el que la habilidad de los adolescentes para la resolución de problemas, entendida como la dimensión de la resiliencia llamada factor protector interno, se encuentra implicada en un nivel correlacional con la autoestima. Lo anterior ha

sido reportado en la literatura por González (1999), Kotliarenco (1997) y Walsh (2004).

Expresión. También a nivel correlacional se encontró una vinculación entre la dimensión expresión de las relaciones intrafamiliares y la autoestima. Lo anterior significa que la expresividad en cuanto a las emociones y sentimientos en el ámbito familiar favorece la autoestima en los adolescentes, lo cual ha sido constatado empíricamente por Jiménez, Musitu y Murgui (2008).

Unión y apoyo. La última de las variables que presentó una correlación significativa con la autoestima fue la dimensión unión y apoyo de las relaciones intrafamiliares, esto significa que si el adolescente percibe que en su familia llevan a cabo actividades en conjunto, existe un sentido de solidaridad y pertenencia, se verá favorecida su autoestima. Lo anterior coincide con lo reportado por Jiménez, Musitu y Murgui (2008), quienes sostienen que un nivel de expresividad en cuanto al funcionamiento familiar se encuentra fuertemente asociado a la autoestima del adolescente.

Relación con la madre y con el padre. En la comparación de medias se encontró que aquellos adolescentes que obtuvieron puntuaciones más altas en cuanto a la relación con su madre y su padre presentaron mejores puntajes en autoestima, lo cual es coincidente con lo reportado por González-Forteza y colaboradores (2003) en cuanto a que la autoestima guarda una estrecha relación con la relación con los padres.

En síntesis, como principales factores de protección indirectos hacia la ideación suicida en adolescentes se encuentran: el que los adolescentes perciban en su familia un espacio propicio para la expresión de emociones y sentimientos, así como contar con recursos de protección externos a los cuales acudir en busca de apoyo.

Intento suicida. En la presente investigación la presencia de tentativa suicida fue del 11.5% del total de la muestra. Lo anterior corresponde con lo reportado en la literatura. Así por ejemplo, se encuentra por encima de los 10.6% mostrados por Rivera-Heredia (2000), pero por debajo de los 11.17% descritos por González-Forteza y cols (2003), y los 12.4% evidenciados por Chavez-Hernández et al., (2015). La relevancia de identificar el intento suicida en los adolescentes radica en que autores como Bella, Fernández, y Willington (2010), Borges et al., (2014), Palacios (2015), y Spirito y Hernandez-Cervantes (2009), coinciden en que el principal predictor del suicidio es un intento previo. A lo que González y cols. (2008) agregan que es en sí mismo un factor de riesgo.

En cuanto al deseo de muerte entre quienes llevaron a cabo un intento de suicidio los resultados arrojaron que no les importaba si morían o vivían. La edad del primer intento fue a los 15 años. Como principal método se reportó el uso de objetos punzocortantes. Los problemas familiares se refirieron como el principal motivo para llevar a cabo el intento de suicidio. El alivio fue el propósito más mencionado. La mayoría consideró que su muerte era posible. La principal búsqueda de ayuda se encontró en los amigos o un familiar. Los anteriores resultados concuerdan con lo que se ha reportado en la literatura por Cantoral-Cancino y Betancourt-Ocampo (2011), González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador (2002), y Rivera-Heredia (2000).

Sexo. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en relación al sexo, donde estas últimas presentan un riesgo cuatro veces mayor que los hombres de cometer un intento suicida. Este hallazgo muestra un riesgo superior al que se encuentra en la literatura. Hay acuerdo en la bibliografía especializada en que el intento de suicidio se presenta mayoritariamente entre las mujeres. Borges et al. (2009), ponen de manifiesto que son las jóvenes quienes más intentos llevan a cabo, sobre todo aquellas entre los 15 y 24 años. Según González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramirez (2001) existe un predominio en cuanto a la cantidad de mujeres que llevan a cabo un intento de suicidio en relación a los hombres, presentándose tres intentos perpetrados por una mujer por

cada intento de un hombre. Razón que es corroborada por González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003).

Ideación suicida. En este estudio se encontró que quienes presentan ideación suicida tienen tres veces más riesgo de cometer un intento de suicidio. Se encuentran en la literatura elaboraciones sobre el llamado espectro suicida que plantean que la conducta suicida puede iniciar con la ideación y transitar hasta su consumación (Barón, 2000). En ciertos casos, puede presentarse un suicidio en el que dichas fases no se sucedan de manera consecutiva o sin que se haya presentado ninguna en lo absoluto, pero de cualquier forma, la ideación suicida al ser uno de los principales factores de riesgo asociados, puede anteceder el acto (Borges et al., 2014).

Existe amplia evidencia empírica sobre la asociación entre la ideación suicida con el intento de suicidio. Entre los principales autores que han puesto de manifiesto esta relación se encuentran: Baca y Aroca (2014), González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007) y Rosales, Córdova y Ramos (2012).

Autoestima. Entre los hallazgos de la presente investigación se encuentra que un nivel bajo de autoestima triplica el riesgo de llevar a cabo una tentativa suicida. Existe evidencia empírica que sustenta que una baja autoestima se asocia de manera significativa con el intento de suicidio en los adolescentes. Lo anterior ha sido reportado por González-Forteza y colaboradores (2003), González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador (2002), y Jimenez, Mondragón y González-Forteza (2007). Por otra parte, la OMS (2004, 2014) ha llamado la atención sobre que una alta autoestima sirve como un factor protector ante el la conducta suicida, incluyendo la tentativa.

Dificultades. Los resultados arrojados en el presente estudio muestran que en los adolescentes que perciben en su familia conflictos y mayores dificultades, el riesgo de presentar un intento de suicidio se duplica. Autores como Cantoral-Cancino y Betancourt-Ocampo (2011), Rivera-Heredia (2000), Rivera-Heredia y

Andrade (2006), Valadéz-Figueroa et al., (2005), han evidenciado de forma empírica que la presencia de conflictos en la familia guarda una relación con el intento de suicidio en los adolescentes.

Relación con madre y padre. Mediante la prueba Chi cuadrado se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la relación tanto con la madre como con el padre y el intento de suicidio. Lo anterior concuerda con lo reportado por González-Forteza y colaboradores (2003), quienes han puesto de manifiesto que los conflictos con madre y/o padre o una mala relación con ellos, se encuentra asociado al intento de suicidio. Ceycedo et al., (2010) por su parte han manifestado que en los casos de intento de suicidio se ha presentado ausencia de la figura paterna.

Malestar depresivo. Se encontró también una diferencia estadísticamente significativa entre el intento de suicidio y el malestar depresivo, lo cual ha sido ampliamente reportado en la literatura especializada (Bella, Fernández, y Willington, 2010; González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramirez, 2001; Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Impulsividad. Otra de las variables que mostró una diferencia estadísticamente significativa en relación al intento de suicidio fue la impulsividad. Sobre esta relación González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) han reportado que la impulsividad incrementa el riesgo de presentar intento suicida.

Unión y apoyo. La dimensión de las relaciones intrafamiliares unión y apoyo resultó tener una diferencia significativa en cuanto al intento de suicidio en los adolescentes, esto es, si el adolescente percibe que los miembros de su familia se mantienen unidos, brindándose soporte entre sí, disminuirán las posibilidades de presentar un intento de suicidio. Lo anterior ha sido documentado por Cantoral-Cancino y Betancourt-Ocampo (2011), Rivera-Heredia (2000), Rivera-Heredia y Andrade (2006)

Expresión. En cuanto a las relaciones intrafamiliares, también se encontró una diferencia significativa en su dimensión expresión, lo anterior hace referencia

a la capacidad de los adolescentes para poder compartir de manera abierta y sincera tanto sus emociones como sentimientos e inquietudes con los miembros de su familia. Cuando esta dimensión de las relaciones intrafamiliares se ve comprometida aumentan las posibilidades de presentar una tentativa de suicidio. Esta relación ha quedado demostrada empíricamente por Cantoral-Cancino y Betancourt-Ocampo (2011), Rivera-Heredia (2000), Rivera-Heredia y Andrade (2006).

Resiliencia. Por último, la variable resiliencia mostró estar relacionada con el intento de suicidio. Sánchez-Teruel y sus colaboradores (2014) a través de una revisión han puesto de manifiesto que la resiliencia funge como un factor protector ante el suicidio en adolescentes.

Relaciones intrafamiliares y resiliencia. Cabe resalta que se encontraron correlaciones significativas moderadas entre las dimensiones unión y apoyo, y expresión de la escala de relaciones intrafamiliares con las dimensiones factor protector interno, factor protector externo y el total de la escala de resiliencia. Lo anterior supone que si un adolescente percibe en su familia un sentido de unión y apoyo, así como la confianza para poder expresar sus emociones e inquietudes en un ambiente de respeto, contará con mayores habilidades para la resolución de problemas, soporte externo y la capacidad de poder superar las adversidades. Todo lo cual fungiría como protección ante el riesgo de suicidio.

Conclusiones y recomendaciones

Retomando ambos estudios realizados, en la presente investigación se puede concluir que los principales procesos de resiliencia familiar que funcionan como factores protectores ante el riesgo de suicidio en los estudiantes de primer ingreso de la Preparatoria Regional Tonalá Norte son la conexión familiar entre sus miembros y la expresión de emociones y sentimientos en la familia, que operan de manera indirecta ante el riesgo de suicidio.

Lo anterior quiere decir que en la medida en que la familia del adolescente sea capaz de mantener lazos emocionales significativos entre sus miembros y se erija como un espacio fértil para llevar a cabo intercambios emocionales abiertos y sinceros, protegerá al adolescente de la depresión y fortalecerá su autoestima, lo que redundará en una mayor protección ante el riesgo de suicidio.

Las principales variables asociadas al riesgo de suicidio en los estudiantes son el malestar depresivo y la baja autoestima que pueden ser combatidas mediante el fortalecimiento de la expresión familiar, así como robustecer la dimensión factor protector externo de la resiliencia. Lo cual significa que la capacidad del adolescente de poder recurrir a apoyos externos le protege del riesgo suicida. En este sentido, destaca en la presente investigación el que los factores de protección provienen por un lado de las relaciones intrafamiliares y por otro de la resiliencia del adolescente mismo.

La principal fortaleza del presente estudio radica en el uso de un diseño mixto que aprovecha los beneficios de las aproximaciones cualitativas y cuantitativas. Como limitación principal de la investigación se encuentra, no haber contemplado a las familias de los adolescentes de manera directa en la obtención de datos para enriquecer los resultados desde la perspectiva de la familia. En este sentido, se recomienda complementar el estudio con entrevistas a las familias en las que se profundice sobre los procesos de resiliencia familiar que pudieran proteger a los adolescentes del riesgo suicida. Así mismo, se exhorta a llevar a cabo un seguimiento longitudinal de las familias con el fin de dar cuenta de la

resiliencia familiar como un proceso dinámico, tal como se recomienda en la literatura.

Se recomienda también que los resultados de la presente investigación se tomen en cuenta para la puesta en marcha de acciones de prevención del riesgo de suicidio en los adolescentes. Entre las consideraciones que se sugieren se encuentran la perspectiva de género en el abordaje de la problemática suicida, así como la integración de las familias de los adolescentes en los procesos de prevención.

Tomando en consideración que la principal red de apoyo es la familia, cuando esta no cumple con las funciones de protección hacia el adolescente, la segunda instancia en la que se encuentran los jóvenes es la escuela, por lo que esta debe propiciar espacios para el sano desarrollo del alumnado. Una opción viable es a través de campañas de prevención, así como de talleres sobre habilidades sociales desde una perspectiva que considere tanto cuestiones de género como una aproximación relacional. Así también, considerando que los amigos aparecen como segundo recurso de apoyo después del núcleo familiar se recomienda, además del trabajo con las familias, labores de prevención a nivel de pares, para que de este modo ellos mismos puedan hacer trabajos de monitorización y canalización.

Se sugiere un trabajo de entrenamiento en la expresión de emociones a nivel familiar que involucre la empatía y la asertividad a través del diálogo. Así también, es recomendable a este nivel llevar a cabo actividades conjuntas entre los miembros de la familia que ofrezcan al adolescente un espacio para recibir y brindar afectividad pero al mismo tiempo que sea lo suficientemente flexible para permitir una distancia considerable, marcada por límites claros que coadyuven al establecimiento de disciplina y monitorización. Puesto que los factores protectores funcionan por adición o interacción se recomienda trabajar a nivel individual y familiar de manera conjunta para potencializar sus efectos. Así como fomentar el desarrollo de habilidades de resolución conjunta de problemas, tanto a nivel individual como familiar.

Referencias

- Álvarez-Darnet., C., y Ruiz, M. (2011). Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 123-127.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, M., y Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenesis model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Arancibia, M., y Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 24-34.
- Arroyo, A., Bertomeu, A. (2012). Métodos suicidas e internet. *Revista Española Especialidad Medicina Legal*, 38(4), 143-148.
- Aseltine, R., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451.
- Baca, E., y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Balcázar, P. (2000). Soledad como predisponente al suicidio en la adolescencia. En Castillo, M. (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. (pp. 131-135). Toluca: UAEM.
- Barcelata, B., Durán, C., y Gómez-Maqueo, E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48-69.

- Barrón, M. (2005). Proyecto de vida en los jóvenes. En Cardozo, G. (Coord.), *Adolescencia Promoción de salud y resiliencia* (pp. 213-225). Córdoba: Brujas.
- Bearman, P., & Moody, J. (2004). Suicide and friendship among american adolescents. *American Journal of Public Health, 94*(1), 89-95.
- Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinención de la familia: en busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona: Paidós.
- Bella, M., Fernández, R., y Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría, 108*(2), 124-129.
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., & Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion, 21*(4), 16-23.
- Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: FCE.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi, 7*(2), 6-8.
- Betancourt, D., Andrade, P., y Orozco, L. (2008) Control parental y depresión en adolescentes. En Andrade, P., Cañas, J., Betancourt, D. (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 71-87). Chiapas: UNICACH.
- Black, K. & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing, 14*(1), 33-35.
- Bobes, J., Sáinz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.

- Borges, G., García, J., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M. (2014). Suicidio. En De la Fuente, J., y Heinze, G. *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 195-202). México: McGrawHill.
- Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., y Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, Z., y Silva, ME. (2010). Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. *Investestigación y Educación en Enfermería*, 28(2), 250-257.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. España: Paidós.
- Brendtro, L. (2006). The vision of Urie Bronfenbrenner: Adults who are crazy about kids. *Reclaiming children and youth: The Journal of Strength-based Interventions*, 15(3), 162-166.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1985). Contextos de crianza del niño. Problemas y prospectiva. *Infancia y aprendizaje*, 29, 45-55.
- Campos, A. (2009). *Métodos mixtos de investigación. Integración de la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa*. Bogotá: Investigar Magisterio.
- Cantoral-Cancino, D., y Betancourt-Ocampo, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 19, 59-66.
- Cardozo, G., Dubini, P. (2005). Factores de riesgo y protección. Su incidencia en la conducta de los adolescentes. En Cardozo, G. (Coord). *Adolescencia Promoción de salud y resiliencia* (pp. 43-62). Córdoba: Brujas.

- Castiblanco, J. y Lora, M. (2008). Potenciación de pautas parentales resilientes con hijos adolescentes. *Revista Tendencias & Retos*, 13, 39-54.
- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En Castro, A. (comp). *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp. 17-41). Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, 12, 173-182.
- Ceycedo, A., Arenas, M., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., y Guzmán, Y. (2010) Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá - 2009. *Persona y Bioética*, 14(2), 205-213.
- Chavez-Hernández, A., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D., y Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(6), 43-50.
- CIE 10 Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/cie10/cie10.pdf>
- Coppari, N. (2008). Indicadores de riesgo suicida en adolescentes: Una investigación comparada. *Eureka*, 5(1), 60-76.
- Corpas, J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27(2), artículo 3. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html
- Cortes, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J., y Echemendía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-23.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.

- Cyrulnik, B. (2004). La construcción de la resiliencia en el transcurso de las relaciones precoces. En Cyrulnik, B., Tomkiewicz, S., Guérnard, T., Vanistendael, S., Manciaux, M., y otros. *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia* (pp. 17-31). Barcelona: Gedisa.
- De Andrade, M., y Da Cruz, S. (2011). Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 43-55.
- De la Roca, J. (2008). Psicoanálisis y epidemiología del suicidio en Guanajuato de 1997 a 2001. Reflexiones sobre jóvenes. *Salud Pública de México*, 50(1), 4-5.
- Domínguez, E., y Godín, R. (2007). La resiliencia en familias desplazadas por la violencia sociopolítica ubicadas en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, 19, 154-180.
- Durkheim, E. (2003) *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.
- Eriksson, M. (2014). Salutogenesis. En Michalos, AC (ed). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-being Research*. Springer Science+Business Media Dordrecht (pp. 5623-5631).
- Farberow, N., y Shneidman, E. (1969). *¿Necesito ayuda?: Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La prensa médica mexicana.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fernández, J., Parra, B., y Torralba, J. (2012). Trabajo social con familias y resiliencia familiar: un análisis de la relación entre ambos conceptos. *Revista Atlántida*, 4, 91-102.

- Fernandez-Ríos, L., y Comes, J. (2009). Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 7-13.
- Fishman, H.C. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Fitzgerald, J., Galyer, K., Whiu, G., & Thomas, P. (2010). *Understanding families and suicide risk*. Auckland: Te Pou.
- García de Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L., y Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179.
- García-Vesga, MC. & Dominguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Gergen, K. (2011). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Glaser, B.G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gómez, E., y Kotliarenco, MA. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131.
- González-Arratia, N, Reyes, M., Valdéz, J., y González, S. (2011). Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, 1, 51-62.

- González-Arratia, N., Valdez-Medina, J., y Zavala-Borja, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- González, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 123-130.
- González, C., Unikel, C., y Chávez, A. (2008). Acerca de la problemática suicida y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes estudiantes. En Andrade, P., Cañas, J., y Betancourt, D. (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 111-134). Chiapas: UNICACH.
- González, E. (2002). Desarrollo en la adolescencia (doce a dieciséis años) II. En González, E. (Coord.). *Psicología del ciclo vital*. Madrid: CCS.
- González-Forteza, C., y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-48.
- González-Forteza, C., Andrade, P., y Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20(1), 27-35.
- González-Forteza, C., Arana, D., y Jimenez, J. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 31(1), 23-27.
- González-Forteza, C., Hermosillo, E., Vacío-Muro, M., Peralta, R., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculta para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.
- González-Forteza, C., Jiménez, JA., Garfias, N., y García, F. (2009). Problemática suicida en familias fragmentadas. *JOVENes*, 32, 79-89.

- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J., Ramos-Lira, L., y Wagner, D. (2008). Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299.
- González-Forteza, C., Juárez, C., Montejo, L., Oseguera, G., Wagner, F., y Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2), 29-34.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, MA., y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L., y Ramirez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- González-Forteza, C., Romero-Basaldúa, L., y Jiménez-Tapia, A. (2009). Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(Supl 1), S41-S46.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- González, M., y Rey, L. (2006). La escuela y los amigos: factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias activas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 23-37.
- González, M. (1999). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Aula*, 11, 217-232.

- González, N. (2011). Resiliencia y personalidad en niños y adolescente. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Grau, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 195-212.
- Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A., Suarez, E. (comp.) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
- Hawley, D., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience. Integrating life-span and family perspectives. En Boss, P. *Family Stress. Classic and contemporary readings* (pp. 57-70). Minnesota: SAGE.
- Heinze, G. (2014). Enfermedad depresiva y trastorno bipolar. En De la Fuente, J., Heinze, G. *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 143-155). México: McGrawHill.
- Hernán, M., y Lineros, C. (2010). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Fundesfam*. 2. Recuperado de:
www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/007revisiones.htm
- Hernández, Q. (2009). Suicidio adolescente y la internet. *JOVENes. Revista de estudios sobre la juventud*. julio-diciembre, 108-121.

- Hernández-Cervantes, Q., y Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Hernández, Q., y Lucio, E. (2010). Modelo de evaluación del riesgo suicida adolescente basado en la exposición a eventos estresantes y configuraciones de personalidad. En Eguiluz, L., Córdova, M., Rosales, J. (comp.). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (117-136). México: Pax.
- Hernández, R., Fenández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: McGrawHill.
- Herrero, J., Musitu, G., y Gracia, E., (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, 10(2), 191-204.
- Herscovici, C. (2011). Resiliencia familiar y el énfasis en los recursos del sistema. *Cultura, Educación, Sociedad*, 2(1), 105-110.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23), 23-41.
- Hidalgo, A; Villaseñor, M; Ramírez, G; Rasmussen, B; Nuño, B; y Tapia, A. (2000). El robo de la novia en la vida sexual de los adolescentes de Santa Ana Tepetitlán, Jalisco. En Mercado, F y Torres, T. (comp.) *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica* (223-252). México: Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdés.
- Huerta, V., Morales, K., Reyes, K., y Reyes, C. (2016). Construcción de la identidad: Estereotipos de género mediados a través de internet. *PsicoEducativa: Reflexiones y Propuestas*, 2(4), 45-57.
- Ibáñez, T. (2001). *Psicología social construccionista*. México: Universidad de Guadalajara.

- Infante, F. (2006). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Melillo, A., y Suárez, E. (comp.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-53). Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013b). Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/suicidio0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Suicidios por método empleado por sexo y entidad federativa. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio39&s=est&c=22654>
- Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. (2015). Estadísticas. Recuperado de http://cienciasforenses.jalisco.gob.mx/estadisticas_sist.php
- Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. (2016). Departamento de informática. Sistema estadístico sobre autopsias. Recuperado de http://cienciasforenses.jalisco.gob.mx/estadisticas_sist.php
- Jalisco cómo vamos. Observatorio ciudadano. (2012). Así vamos en Jalisco. Reporte de indicadores sobre la calidad de vida 2012. Recuperado de <http://jaliscocomovamos.org/images/pdf/AsiVamosEnJalisco2012.pdf>
- Jiménez, A., Mondragón, L., y González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.

- Jiménez, T., Musitu, G., y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Kaya, M. & Arici, N. (2012). Turkish version of shortened Family Resilience Scale (FRAS): The study of validity and reliability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 55, 512-520.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., y Fontanilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kotliarenco, MA., Muñoz, MM., y Gómez, E. (2012). Procesos de resiliencia familiar ante la adversidad social: relación, organización y juego. En prensa.
- Lindstrom, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59(6), 440-442.
- Lindstrom, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
- López-Peñaloza, J. (2008). Resiliencia Familiar ante el Duelo. *Tesis de Doctorado inédita*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Lucio-Gómez, E., y Hernández-Cervantes, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(1), 33-S40.
- Maimon, D., Browning, C., & Brooks-Gunn, J. (2010). Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3), 307-324.
- Manciaux, M. (2004). Conclusiones y perspectivas. En Cyrulnik, B., Tomkiewicz, S., Guérnard, T., , S., Manciaux, M., y otros. El realismo de la esperanza.

- Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia (pp. 225-233). Barcelona: Gedisa.
- Manil, P. (2013). El humor y la resiliencia en cooperación. En Vanistendale, S., Gaberan, P., Humbeeck, B., Lecomte, J., Manil, P., y Rouyer, M. *Resiliencia y humor* (pp. 29-44). Barcelona: Gedisa.
- Mariñelarena-Dondena, L., y Gancedo, M. (2011). La Psicología Positiva: su primera década de desarrollo. *Revista diálogos*, 2(1), 67-77.
- Martín-Baró, I., (1990). Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica. San Salvador: UCA.
- Martínez-Ortega, J. (2011). Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 119-122.
- Mc Guckin, C., & Minton, S. (2014). From theory to practice: Two ecosystemic approaches and their applications to understanding school bullying. *Australian Journal of Guidance and Councelling*, 24(1), 36-48.
- Medellin, M., Rivera, M., López, J., Kanán, G., y Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 147-154.
- Melillo, A., Suarez, E. (2001). Resiliencia. *Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Micucci, J. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar* México: Gedisa.
- Mondragón, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.

- Monroy, B., Palacios, L. (2011), Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34(3), 237-246.
- Morgan, A. (2014). Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos. *Global Health Promotion*, 21(2), 91-94.
- Neal, J & Neal, Z. (2013). Nested or networked? Future directions for ecological systems theory. *Social Development*, 22(4), 722-737.
- Nichols, W. (2013). Roads to understanding family resilience: 1920s to the twenty-first century. En Becvar, D. (Ed.). *Handbook of family resilience* (pp. 3-16). USA: Springer.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.
- Núñez, A., Olivera, S., Losada, I., Pardo, M., Díaz, L., y Rojas, H. (2008) Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento psicológico*, 4(10), 85-100.
- Olson, David, H. (1991) Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En Falicov, C. (Comp.). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pp. 99-129). Buenos Aires. Amorrortu.
- OMS. (2004) El suicidio, un problema grave de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- OMS. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OMS.
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., y Revah-Levy, A. (2014). Qualitative approach to attempted suicide by adolescents and young adults: The (neglected) role of revenge. *Plos One*, 9(5),1-8.
- Palacio, A. (2010). La comprensión del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio societatis*, 7(12), 1-12.

- Palacios, L. (2015). Adversidad psicosocial, salud mental y suicidio en adolescentes: ¿estamos haciendo lo suficiente para atender a esta población? *Salud Mental*, 38(5), 309-310.
- Palomar, J., Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la Resiliencia con mexicanos. *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2005) *Desarrollo humano* (9ª edición). México: McGrawHill.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95
- Parra, Á., y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18(2), 215-231.
- Patterson, J. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., y Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 226-233.
- Pereira, R. (2010). Trabajando con los recursos de la familia: Factores de resiliencia familiar. *Sistemas familiares*, 26(1), 93-115.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva-Lopez, A., y Chávez-Ayala, R. (2010) Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal., D., y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117.

- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(2), 263-271.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax.
- Quintanilla, R., y Varela, C. (2011). Suicidio en menores de 18 años: estudio descriptivo de casos en la Zona Metropolitana de Guadalajara. En Chavez, A., Betancourt, L. (Comp.) *Abordajes multidisciplinares sobre el suicidio en México*. Memorias del IV Congreso Internacional de Prevención de Suicidio: México: Asociación Mexicana de Suicidología, A.C.
- Ramírez-Osorio, P., y Hernández-Mendoza, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(2), 63-70.
- Restrepo-Restrepo, C., Vinaccia, S., y Quiceno, M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 1(2), 41-48.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.
- Rivera-Heredia, M. (2000). Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida. *La Psicología Social en México*, 8, 555-559.
- Rivera-Heredia, M., y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rivera-Heredia, M., y Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.

- Rivera-Heredia, M., Cervantes-Pacheco, E., Martínez-Ruíz, T., y Obregón-Velazco, N. (2012). ¿Qué pasa con los jóvenes que se quedan? Recursos psicológicos, sintomatología depresiva y migración familiar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 33-51.
- Rivera, M., y Andrade, P. (2008). Conductas autodestructivas e intento suicida en los adolescentes. En Andrade, P., Cañas, J., Betancourt, D. (Comps.) *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 89-110). Chiapas: UNICACH.
- Rosa, E. & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243-258.
- Rosales, J., Córdova, M., y Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
- Roselló, J., Duarté-Vélez, Y., Bernal, G., y Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes portorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(3), 321-330.
- Ruano, L., y Mercé, E. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería global*, 13(2), 384-394.
- Runeson, B., & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1525-1526.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.
- (2012). Resilience: Casual pathways and social ecology. En Ungar, M. (Edit.). *The social ecology of resilience. A handbook of theory and practice* (pp. 33-42). New York: Springer.

- Salgado, C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *Liberabit. Revista de Psicología*, 11, 41-48.
- Sánchez-Loyo, L., Morfín, T., García de Alba, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E., y Cruz, J. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación en Psicología*, 4(1), 1446-1458.
- Sánchez-Martínez, C., Colunga-Rodríguez, C., y Reynaga-Estrada, P. (2011). Semejanzas y diferencias entre la narrativa de madres y adolescentes con tentativa suicida. *Revista de Educación y Desarrollo*, 9(20), 39-43.
- Sánchez-Martínez, C., y De la Torre, J. (2013). Las relaciones intrafamiliares y su asociación con la sintomatología depresiva en alumnas de Psicología. *Revista Educación y Desarrollo*, 10(25), 57-62.
- Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J., y Quiroz-Padilla, M. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 241-251.
- Sánchez-Sosa, J., Villareal-González, M., Musitu, G., y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287.
- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(2), 181-192.
- Santana, R., Sánchez, L., Quintanilla, R., y Padrós, F. (2016). Suicidología de corte cualitativo en Latinoamérica: Revisión de métodos reportados en una década. *Uaricha*, 13(30), 149-168.

- Santos, R. (S/A). "Why resilience?" A review of literature of resilience and implications for further educational research. Claremont Graduate University & San Diego State University.
- Sauceda-García, J., Lara-Muñoz, M., y Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 223-231.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Serrano, M., y Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230.
- Sixbey, M. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs*. Doctoral dissertation, University of Florida.
- Spirito, A., & Hernandez-Cervantes, Q. (2009). Prevention of suicidal behavior during adolescence. En DiClemente, R., Santelli, J., Crosby, R. (Ed). *Adolescent health. Understanding and preventing risk behaviors* (233-247). USA: Wiley.
- Swick, K. & Williams, R. (2006). An Analysis of Bronfenbrenner's Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress. *Early Childhood Education Journal* 33(5), 371-378.
- Szasz, T. (1999). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., y Alliende, L., (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(4), 347-360.

- Taylor, J. (2004). Salutogenesis as a framework for child protection: literature review. *Journal of advanced nursing*, 45(6), 633-643.
- Tomkiewicz, S. (2004). El surgimiento del concepto. En Cyrulnik, B., Tomkiewicz, S., Guérnard, T., Vanistendael, S., Manciaux, M., y otros. El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia (pp. 33-50). Barcelona: Gedisa.
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., y González-Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R., y Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 783-796.
- Vanistendael, S. (2013). Sonreír cuando la vida no nos sonríe. Reflexiones sobre el humor, la resiliencia y la espiritualidad. En Vanistendael, S; Gaberan, P; Humbeeck, B; Lecomte, J; Manil, P; Rouyer, M. *Resiliencia y humor*. (pp. 11-27). Barcelona: Gedisa.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Vicente, M., y Ochoa, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatría.com revista internacional on-line*, 11(3). Recuperado de <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/235>
- Villalba, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención psicosocial*, 12(3), 283-299.

- Villalobos-Galvis, F., Arévalo, C., y Rojas, F. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 233–239.
- Vírseda, J., Amado, G., Bonilla, M., y Gurrola, G. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Revista psicología.com*, 15, 1-18. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/44/24/56/44245643941629733354862902892216181529>
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. Spanish translation, Published in Journal: *Sistemas Familiares*, Buenos Aires, 2005.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Walsh, F. (2012). Family resilience. Strengths forged through adversity. En Walsh, F. *Normal family processes* (pp. 399-427). New York: Guilford press.

Anexos

Anexo 1. Estadística descriptiva

Muestra. Estuvo conformada por 512 participantes. Del total de los participantes presentaron intento suicida, depresión e ideación suicida más de una décima parte, mostrando una mayor presencia esta última.

Tabla 33. Presencia de indicadores de riesgo suicida

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Sexo. El número de mujeres fue ligeramente superior al de hombres. De quienes llevaron a cabo un intento de suicidio, más de cuatro quintas partes fueron mujeres. Por su parte, dos terceras partes de los participantes que presentaron depresión fueron mujeres, mientras que dos tercios de aquellos que exhibieron ideación suicida fueron del mismo género.

Tabla 34. Indicadores de riesgo suicida según sexo

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	10	2	20	3.9	29	5.7	227	44.3
Mujer	49	9.6	40	7.8	47	9.2	285	55.7
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Edad. El promedio de edad fue de 15 años (DE = 0.54), con un mínimo de 14 y un máximo de 18 años. Cuatro quintas partes de la muestra se localizaron dentro de la media. De entre quienes presentaron intento, depresión e ideación suicida más de cuatro quintas partes tenían 15 años a la aplicación de la batería.

Tabla 35. Indicadores de riesgo suicida según edad

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
14	7	1.4	3	0.6	11	2.1	52	10.2
15	48	9.4	50	9.8	56	10.9	419	81.8
16	1	0.2	2	0.4	3	0.6	29	5.7
17	1	0.2	4	0.8	5	1	7	1.4
18	2	0.4	1	0.2	1	0.2	5	1.0
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Turno. La frecuencia de los participantes del turno matutino fue ligeramente mayor en relación al vespertino. En el turno matutino se presentaron más de la mitad de los casos de intento de suicidio y de ideación suicida, mientras que más de la mitad de los casos de depresión se mostraron en el turno vespertino.

Tabla 36. Indicadores de riesgo suicida según turno

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Turno								
Matutino	33	6.4	28	5.5	42	8.2	227	44.3
Vespertino	26	5.1	32	6.3	34	6.6	285	55.7
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Desempeño académico. Los participantes describieron su desempeño mayoritariamente como bueno. Cerca de tres cuartos de los participantes con intento suicida y depresión consideraron su desempeño académico como bueno. Más de dos tercios de los participantes con ideación suicida consideraron su desempeño académico como bueno.

Tabla 37. Indicadores de riesgo suicida según desempeño académico

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Desempeño								
Muy bueno	9	1.8	18	3.5	15	2.9	118	23
Bueno	43	8.4	36	7	52	10.2	363	70.9
Regular	7	1.4	6	1.2	9	1.8	31	6.1
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Situación laboral. Más de dos tercios de la muestra no trabajaban al momento de la aplicación de la batería. Dos tercios de los casos con presencia de intento suicida no trabajaban al momento de la aplicación de la batería. Dos tercios de los casos con presencia de depresión no trabajaban al momento de la aplicación de la batería. Cerca de dos tercios de los casos con presencia de ideación suicida no trabajaban al momento de la aplicación de la batería.

Tabla 38. Indicadores de riesgo suicida según situación laboral

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Desempeño								
Trabaja	20	3.9	23	4.5	27	5.3	118	23
No trabaja	39	7.6	67	7.2	49	9.6	363	70.9
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Número de personas con quienes vivían. Más de la mitad de los participantes vivían con entre cuatro y cinco personas al momento de la aplicación del instrumento. Más de la mitad de los participantes con intento suicida vivían con entre cuatro y cinco personas al momento de la aplicación de la batería. Cerca de dos tercios de los participantes con depresión vivían con entre cuatro y cinco personas al momento de la aplicación de la batería. Más de dos tercios de los participantes con ideación suicida vivían con entre cuatro y cinco personas al momento de la aplicación de la batería.

Tabla 39. Indicadores de riesgo suicida según número de personas con quienes vivían los participantes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Personas								
≤ 3	4	0.8	6	1.2	8	1.6	60	11.7
Entre 4 y 5	35	6.8	39	7.6	47	9.2	278	54.3
Entre 6 y 7	15	2.9	14	2.7	19	3.7	128	25
≥ 8	5	1	1	0.2	2	0.4	46	9
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Número de hermanos. Dos quintas partes de los participantes tienen dos hermanos. Dos quintas partes de los participantes con intento suicida refirieron tener dos hermanos. Dos quintas partes de los participantes con depresión refirieron tener dos hermanos. Dos tercios de los participantes con ideación suicida refirieron tener dos hermanos.

Tabla 40. Indicadores de riesgo suicida según número de hermanos

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Personas								
0	2	0.4	3	0.6	5	1	18	3.5
1	8	1.6	12	2.3	17	3.3	108	21.1
2	26	5.1	25	4.9	28	5.5	208	40.6
3	15	2.9	12	2.3	14	2.7	107	20.9
4	7	1.4	6	1.2	11	2.1	45	8.8
5	0	0	2	0.4	1	0.2	14	2.7
6	1	0.2	0	0	0	0	12	2.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Orden de nacimiento. Más de dos quintas partes de los participantes fueron primogénitos. Cerca de la mitad de los participantes con intento suicida refirieron ser el primer hijo en nacer. Entre quienes presentaron tanto depresión como ideación suicida, dos terceras partes refirieron ser primogénitos.

Tabla 41. Indicadores de riesgo suicida según orden de nacimiento

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Orden								
1°	28	5.5	22	4.3	37	7.2	221	43.2
2°	15	2.9	19	3.7	20	3.9	148	28.9
3°	8	1.6	10	2	8	1.6	79	15.4
4°	6	1.2	7	1.4	6	1.2	41	8
5°	1	0.2	1	0.2	4	0.8	9	1.8
6° o más	1	0.2	1	0.2	1	0.2	14	2.7
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Estructura familiar. Más de dos tercios de los participantes vivían con madre, padre y hermanos al momento de la aplicación. Aquellos participantes que exhibieron tanto intento, depresión e ideación suicida refirieron vivir con madre padre y hermanos.

Tabla 42. Indicadores de riesgo suicida según personas con quienes vivían los participantes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive con...								
Mamá	59	11.5	59	11.5	74	14.5	494	96.5
Papá	49	9.6	44	8.6	54	10.5	424	82.8
Hermanos	57	11.1	57	11.1	71	13.9	481	93.9
Familiares	11	2.1	13	2.5	17	3.3	99	19.3
Amigos	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Otros	2	0.4	0	0	0	0	9	1.8
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Apoyo económico. Aportan al gasto familiar más de la mitad de las madres y la mayoría de los padres. Más de dos tercios de la muestra con intento suicida refirió que su madre contribuye en el gasto familiar; cuatro quintas partes mencionaron que el padre aporta al gasto; mientras que una tercera parte hizo alusión a que los hermanos contribuyen en el apoyo económico. Más de dos tercios de la muestra con depresión refirió que su madre contribuye en el gasto familiar; tres cuartas partes mencionaron que el padre aporta al gasto; mientras que cerca de una tercera parte hizo alusión a que los hermanos contribuyen en el apoyo económico. Cerca de dos tercios de la muestra con ideación suicida refirió que su madre contribuye en el gasto familiar; tres cuartas partes mencionaron que el padre aporta al gasto; mientras que una cuarta parte hizo alusión a que los hermanos contribuyen en el apoyo económico.

Tabla 43. Indicadores de riesgo suicida según personas que apoyan económicamente para el gasto familiar

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Apoyo								
Mamá	40	7.8	41	8	50	9.8	306	59.8%
Papá	48	9.4	46	9	57	11.1	437	85.4%
Hermanos	22	4.3	18	3.5	19	3.7	61	11.9%
Familiares	10	2	8	1.6	9	1.8	61	11.9%
Amigos	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
Otros	0	0	0	0	0	0	4	0.8%
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Suficiencia económica. Dos tercios de las familias de los participantes casi siempre cuentan con la suficiencia económica para cubrir sus necesidades. De igual forma, de entre quienes presentaron tanto tentativa suicida, depresión e ideación suicida, más de la mitad refirieron que su familia cuenta con suficiencia económica casi siempre.

Tabla 44. Indicadores de riesgo suicida según suficiencia económica de las familias de los participantes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tienen dinero suficiente								
Nunca	1	0.2	1	0.2	0	0	3	4
Algunas veces	17	3.3	19	3.7	16	3.1	100	19.5
Casi siempre	31	6.1	33	6.4	52	10.2	315	61.5
Siempre	10	2	7	1.4	8	1.6	94	18.4
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Presencia de figura materna. La gran mayoría de los estudiantes vivía con su mamá. La totalidad de quienes presentaron intento suicida mencionó vivir con su mamá al momento de la evaluación. Cerca de la totalidad de quienes presentaron depresión e ideación suicida mencionó vivir con su mamá al momento de la evaluación.

Tabla 45. Indicadores de riesgo suicida según presencia de figura materna

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive con...								
mi mamá	59	11.5	58	11.3	74	14.5	496	96.9
familiar	0	0	0	0	0	0	8	1.6
como mamá								
madrastra	0	0	1	0.2	1	0.2	2	4
ninguna	0	0	1	0.2	1	0.2	6	1.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Edad de figura materna. El promedio de edad de las madres de los estudiantes fue de 40.91 años (DE = 6.08) con un mínimo de 30 y un máximo de 63. Cerca de la mitad de quienes presentaron tentativa suicida refirieron que sus madres se encuentran en el grupo de edad de 30 a 39 años. Más de la mitad de quienes presentaron depresión refirieron que sus madres se encuentran en el grupo de edad de 40 a 49 años. Entre quienes mostraron ideación suicida una quinta parte refirió que su madre se encuentra en el grupo de entre 30 a 39 años, mientras otra quinta parte refirió que se encuentra en el grupo de 40 a 49.

Tabla 46. Indicadores de riesgo suicida según edad de la figura materna

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad								
30-39	29	6	21	4.3	30	6.2	496	96.9
40-49	25	5.1	32	6.6	30	6.2	8	1.6
50-59	5	1	5	1	12	2.5	2	4
60 o más	0	0	0	0	0	0	6	1.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Relación con figura materna. La mitad de la muestra mostró puntaje medio en cuanto a la relación con la madre. Más de dos quintas partes de quienes presentaron intento suicida mostraron un puntaje medio en cuanto a la relación con la madre. De entre quienes presentaron depresión, más de la mitad mostró un puntaje bajo en cuanto a la relación con la madre. Dos quintas partes de quienes presentaron ideación suicida mostraron un puntaje medio en cuanto a la relación con la madre.

Tabla 47. Indicadores de riesgo suicida según relación con la figura materna

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de relación								
Bajo	23	4.6	31	6.1	31	6.1	117	22.9
Medio	27	5.3	18	3.6	33	6.5	256	50
Alto	9	1.8	10	2	11	2.2	132	25.8
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Presencia de figura paterna. Más de tres cuartas partes de los estudiantes vivían con su papá al momento de la aplicación del estudio. De entre aquellos que presentaron tentativa suicida, tres cuartas partes refirieron vivir con su papá. Por su parte, entre quienes presentaron tanto depresión como ideación suicida dos tercios, respectivamente, mencionó vivir con su papá al momento de la evaluación.

Tabla 48. Indicadores de riesgo suicida según presencia de figura paterna

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive con...								
mi papá	45	8.8	41	8	52	10.2	402	78.5
familiar como papá	3	0.6	4	0.8	4	0.8	18	3.5
padrastra	4	0.8	5	1	5	1	30	5.9
ninguno	7	1.4	10	2	15	2.9	62	12.1
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Edad de figura paterna. El promedio de edad de los padres de los estudiantes fue de 43.92 años (DE = 8.29) con un mínimo de 26 y un máximo de 90. Más de la mitad de los padres de quienes presentaron intento suicida se encontraron en el grupo de edad de entre 50 y 59 años. Dos quintas partes de los padres de quienes presentaron depresión se encontraron en el grupo de edad de entre 50 y 59 años. Más de una tercera parte de los padres de quienes presentaron ideación suicida se encontraron en el grupo de edad de entre 40 y 49 años.

Tabla 49. Indicadores de riesgo suicida según edad de la figura paterna

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad								
< 30	2	0.5	1	0.2	1	0.2	20	4.9
30-39	1	0.2	2	0.5	10	2.5	5	1.2
40-49	12	3	8	2	28	6.9	125	30.9
50-59	26	6.4	24	5.9	11	2.7	199	49.1
60 o más	5	1.2	10	2.5	2	0.5	56	13.8
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Relación con figura paterna. Más de la mitad de la muestra mostró puntaje medio en cuanto a la relación con el padre. De entre quienes mostraron tanto intento como depresión, más de la mitad exhibió un nivel medio de relación con la figura paterna. Por su parte, dos quintas partes de quienes presentaron ideación suicida mostraron un puntaje medio en referencia a la relación con el padre.

Tabla 50. Indicadores de riesgo suicida según relación con la figura paterna

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de relación								
Bajo	14	3.1	17	3.8	19	4.2	58	12.9
Medio	28	6.3	27	6	36	8	256	57.1
Alto	9	2	6	1.3	6	1.3	134	29.9
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Intento de suicidio. Del total de los 512 participantes, presentaron intento de suicidio más de una décima parte de la población. Cerca de una tercera parte de quienes realizaron un intento suicida mostraron indicadores de depresión. Más de dos quintas partes de aquellos que tuvieron una tentativa suicida exhibieron ideación suicida.

Tabla 51. Indicadores de riesgo suicida según intento de suicidio

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intento suicida						
Con	17	3.3	26	5.1	59	11.5
Sin	43	8.4	50	9.8	453	88.5
Total	60	11.7	76	14.8	512	100

Deseo de muerte. A más de la mitad de aquellos alumnos con tentativa suicida no les importaba si vivían o morían al llevar a cabo el intento. De entre quienes mostraron tentativa suicida y exhibieron indicadores de depresión más de dos tercios mencionaron que no les importaba si vivían o morían. Por su parte, cerca de la mitad de aquellos participantes con intento suicida e ideación suicida refirieron que no les importaba si vivían o morían al concretar el intento de suicidio.

Tabla 52. Indicadores de riesgo suicida según deseo de muerte

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Deseo de muerte						
Quería morir	4	6.8	7	11.9	11	18.6
No me importaba	11	18.6	16	27.1	35	59.3
Quería vivir	2	3.4	3	5.1	12	20.3
No lo he hecho	0	0	0	0	1	1.7
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Número de intentos suicidas. Una quinta parte de quienes intentaron suicidarse lo hicieron en una ocasión. La mitad de quienes presentaron tentativa suicida lo hicieron menos de cinco veces. Cabe mencionar que cerca de otra quinta parte no contestó al reactivo. Aquellos que presentaron un intento de suicidio, cruzando con indicadores de depresión, representaron más de una tercera parte entre quienes tuvieron una tentativa suicida. Más de la mitad de quienes presentaron tentativa suicida junto con ideación suicida refirieron de dos a tres tentativas suicidas.

Tabla 53. Indicadores de riesgo suicida según número de intentos suicidas

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Núm. intentos						
1	3	7.5	3	7.5	13	32.5
2	2	5	5	12.5	8	20
3	1	2.5	5	12.5	7	17.5
4	0	0	1	2.5	2	5
5	0	0	2	5	4	10
6	1	2.5	1	2.5	1	2.5
7	0	0	1	2.5	1	2.5
8	0	0	0	0	1	2.5
10	0	0	0	0	1	2.5
14	0	0	0	0	1	2.5
45	1	2.5	1	2.5	1	2.5
No contestó	19	18.2	19	18.2	19	18.2
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Edad del primer intento suicida. Más de una tercera parte de las primeras tentativas suicidas se llevaron a cabo a los 15 años. Es digno de mencionar que más de dos terceras partes se realizaron entre los 14 y 15 años. Cerca de un tercio de quienes mostraron intento suicida y depresión refirieron como edad del primer intento de suicidio los 13 años. De entre quienes coincidió la tentativa suicida con la ideación suicida refirieron que la edad del primer intento suicida fue a los 14 años.

Tabla 54. Indicadores de riesgo suicida según edad del primer intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad del primer intento suicida						
8	1	2.1	1	2.1	1	2.1
10	3	6.4	3	6.4	5	10.6
11	0	0	1	2.1	1	2.1
12	0	0	3	6.4	10	16.9
13	5	10.6	8	17	17	32.2
14	4	8.5	5	10.6	11	33.9
15	0	0	1	2.1	2	1.7
No contestó	-	-	-	-	12	0.5
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Edad del último intento suicida. Más de la tercera parte de las últimas tentativas suicidas se llevaron a cabo a los 14 años. De entre quienes presentaron intento suicida junto con depresión, cerca de dos terceras partes realizó el último intento a la edad de 15 años. De entre quienes presentaron tentativa junto con ideación suicida, cerca de la mitad realizó el último intento a la edad de 15 años.

Tabla 55. Indicadores de riesgo suicida según edad del último intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad del último intento suicida						
12	1	2	1	2	1	1.7
13	2	4.1	4	8.2	10	16.9
14	2	4.1	6	12.2	18	33.9
15	9	18.4	11	22.4	18	32.2
16	0	0	1	2	1	1.7
17	0	0	0	0	1	3.4
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Método del intento suicida. Cuatro quintas partes de quienes realizaron un intento suicida lo hicieron a través de objetos cortantes. Más de una cuarta parte de quienes intentaron suicidarse y presentaron sintomatología suicida eligieron como método el cortarse con algún objeto punzo-cortante. Más de dos quintas partes de aquellos participantes con intento e ideación suicida llevaron a cabo la tentativa a través de cortarse.

Tabla 56. Indicadores de riesgo suicida según método del intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Método del intento suicida						
Cortarse	14	23.7	20	33.9	48	81.0
Envenenamiento	1	1.7	3	5.1	5	10.3
Ahorcamiento	1	1.7	1	1.7	3	5.2
Arrollamiento	0	0	1	1.7	1	1.7
No contestó	1	1.7	1	1.7	2	3.4
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Motivo del intento suicida. Cerca de una tercera parte de quienes llevaron a cabo un intento suicida adujeron que el motivo fue por conflictos familiares. Entre quienes llevaron a cabo un intento suicida, el principal motivo aducido fue de tipo familiar, tanto en lo que respecta a aquellos que a su vez presentaron depresión como ideación suicida.

Tabla 57. Indicadores de riesgo suicida según motivo del intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	N	%	n	%	n	%
<i>Motivo del intento suicida</i>						
Familia	5	8.5	5	8.5	15	31.0
Soledad	2	3.4	4	6.8	7	12.1
Escuela	2	3.4	1	1.7	5	6.9
Depresión	1	1.7	1	1.7	3	6.9
Autoestima	3	5.1	4	6.8	4	6.9
Enojo	0	0	1	1.7	3	5.2
Pareja	1	1.7	2	3.4	2	3.4
Agobio	0	0	1	1.7	2	3.4
Hartazgo	0	0	1	1.7	3	3.4
Ansiedad	1	1.7	1	1.7	1	1.7
Conflicto	0	0	1	1.7	2	1.7
Culpa	1	1.7	0	0	1	1.7
Estrés	0	0	0	0	1	1.7
Atención	0	0	0	0	1	1.7
Violación	0	0	1	1.7	1	1.7
Cobardía	0	0	0	0	1	1.7
Injusticia	0	0	0	0	1	1.7
Recuerdos	0	0	1	1.7	1	1.7
No contestó	1	1.7	2	3.4	5	5.2
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Propósito del intento de suicidio. El principal propósito que refirieron aquellos que intentaron suicidarse fue el alivio, aproximándose a la mitad del grupo con tentativa suicida. De entre quienes coincidieron el intento de suicidio y depresión cerca de la mitad adujeron como principal motivo el alivio. Por su parte, de aquellos que presentaron tentativa suicida e ideación suicida más de dos terceras partes refirieron como propósito el alivio.

Tabla 58. Indicadores de riesgo suicida según propósito del intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	N	%	n	%	n	%
<i>Propósito del intento suicida</i>						
Alivio	7	11.9	10	16.9	24	4.7
Morir	3	5.1	4	6.8	7	1.4
Olvido	0	0	1	1.7	3	0.6
Evitación	2	3.4	4	6.8	8	1.6
Castigo	2	3.4	2	3.4	5	1
Atención	1	1.7	1	1.7	3	0.6
Reunión	0	0	1	1.7	1	2
No contestó	2	3.4	3	5.1	8	1.6
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Posibilidad de morir percibida. Más de la mitad de los que presentaron tentativa suicida percibieron el intento como una posibilidad de letalidad nula. Vale la pena mencionar que en ningún caso se percibió la muerte como una posibilidad segura. Más de un tercio de quienes presentaron intento suicida y depresión consideraron que como imposible la muerte por el intento. Por su parte, más de la mitad de aquellos con tentativa e ideación suicida percibieron como imposible su muerte por el intento.

Tabla 59. Indicadores de riesgo suicida según posibilidad de morir percibida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Posibilidad de morir						
Segura	0	0	0	0	0	0
Posible	10	17.2	16	27.6	27	45.8
Imposible	7	12.1	10	17.2	31	52.5
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Letalidad del intento suicida. De entre quienes intentaron suicidarse recibieron en igual proporción apoyo emocional profesional y por parte de un ser querido, representando un tercio de la muestra cada tipo de apoyo. Llama la atención que solamente en tres de los casos se acudió a un servicio de hospital. Los resultados coinciden entre aquellos que mostraron depresión e ideación suicida, siendo ligeramente mayores entre quienes mostraron ideación suicida.

Tabla 60. Indicadores de riesgo suicida según letalidad del intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Recibió apoyo de						
Hospital	1	2	2	3.9	3	5.1
Profesional	5	8.6	7	12.1	22	37.3
Ser querido	5	8.6	9	15.5	22	37.3
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Búsqueda de ayuda tras el intento suicida. Más de la mitad de quienes llevaron a cabo un intento de suicidio solicitaron ayuda a un amigo de la escuela. Entre quienes exhibieron depresión e ideación suicida a quien más se recurrió para solicitar apoyo fue también un amigo. Cabe resaltar que en ninguno de los casos se acudió con un curandero o chamán.

Tabla 61. Indicadores de riesgo suicida según búsqueda de ayuda tras el intento suicida

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Recibió apoyo de						
Familiar	5	8.6	9	15.5	22	37.3
Sacerdote	2	3.6	3	5.4	5	8.5
Amigo	8	14.3	15	26.8	34	57.6
Maestro	3	5.4	5	8.9	10	16.9
Curandero	0	0	0	0	0	0
Psicólogo	4	7	5	8.8	17	28.8
Doctor	1	1.8	2	3.6	4	6.8
Nadie	9	18	9	18	4	6.8
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Razones para buscar ayuda. Más de una quinta parte de aquellos con tentativa suicida refirieron que no buscaron ayuda porque recapitaron. Dos quintas partes de quienes presentaron depresión y una cuarta parte de quienes mostraron ideación suicida junto con tentativa de suicidio consideraron como innecesaria la búsqueda de ayuda.

Tabla 62. Indicadores de riesgo suicida según razones para buscar o no ayuda

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Buscó o no ayuda						
Recapitó	4	6.8	4	6.8	14	23.7
Innecesario	7	11.9	7	11.9	11	18.6
Amigo	1	1.7	2	3.4	6	10.2
Necesario	2	3.4	3	5.1	5	8.5
Secreto	2	3.4	4	6.8	9	15.3
Familia	1	1.7	4	6.8	6	10.2
Pareja	0	0	0	0	1	1.7
Desconfianza	0	0	0	0	1	1.7
No contestó	0	0	2	3.4	6	10.2
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Ideación suicida actual. Del grupo de aquellos que presentaron tentativa suicida, más de cuatro quintas partes no presentan ideación suicida actual. Más de dos tercios tanto de quienes mostraron tentativa suicida con depresión como de quienes exhibieron intento suicida e ideación suicida no presentan ideación suicida actual.

Tabla 63. Indicadores de riesgo suicida según ideación suicida actual

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ideación actual						
Si	2	3.4	3	5.1	3	5.1
No	12	20.3	18	30.5	49	83.1
A veces	3	5.1	5	8.5	6	10.2
No contestó	0	0	0	0	1	1.7
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Razones de ideación suicida actual. En cuanto a las razones de la intención suicida actual, dos quintas partes de quienes intentaron suicidarse se encuentran dentro de la categoría de haber recapitado. Así también, en más de un tercio de los casos tanto de tentativa con depresión, como de tentativa con ideación suicida, el que se recapitó fue la categoría con mayor frecuencia.

Tabla 64. Indicadores de riesgo suicida según razones de ideación suicida actual

Característica	Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Razón ideación						
Recapitó	6	10.2	10	16.9	24	40.7
Sentido de vida	1	1.7	3	5.1	8	13.6
Familia	1	1.7	2	3.4	6	10.2
Otras personas	1	1.7	1	1.7	3	5.1
Autoestima	0	0	1	1.7	3	5.1
Impotencia	2	3.4	3	5.1	3	5.1
Sufrimiento	3	5.1	3	5.1	3	5.1
No contestó	3	5.1	3	5.1	9	15.3
Total	60	11.7	76	14.8	59	100

Malestar depresivo. Más de una décima parte de la muestra mostró sintomatología depresiva elevada. Por encima de una cuarta parte de quienes presentaron depresión tuvieron tentativa suicida. Cerca de dos tercios de quienes mostraron depresión exhibieron a su vez ideación suicida.

Tabla 65. Indicadores de riesgo suicida según presencia de malestar depresivo

Característica	Con intento suicida		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%
Depresión						
Con	17	3.3	39	7.6	60	11.7
Sin	42	8.2	21	4.1	452	88.3
Total	59	11.5	76	14.8	512	100

Ideación suicida. Más de una décima parte de los participantes presentó manifestaciones cognitivas en torno a la propia muerte. De entre quienes mostraron presencia de ideación suicida más de una tercera parte exhibió tentativa suicida. Más de la mitad de quienes manifestaron ideación suicida presentaron depresión.

Tabla 66. Indicadores de riesgo suicida según presencia de ideación suicida

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ideación suicida						
Con	26	5.1	39	7.6	76	14.8
Sin	33	6.4	21	4.1	436	85.2
Total	59	11.5	60	11.7	512	100

Recursos de apoyo. Se encontró que cerca de la mitad de los participantes percibe sus recursos de apoyo en un nivel medio. Tanto aquellos que presentaron tentativa suicida como quienes mostraron depresión se encontraron en un nivel bajo en cuanto a recursos de apoyo. Más de dos quintas partes de quienes presentaron ideación suicida se encontraron en un nivel bajo en cuanto a recursos de apoyo.

Tabla 67. Indicadores de riesgo suicida según recursos de apoyo percibidos

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recursos de apoyo								
Bajo	28	5.5	28	5.5	35	6.8	135	26.4
Medio	18	3.5	23	4.5	31	6.1	240	46.9
Alto	13	2.5	9	1.8	10	2	137	26.8
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Impulsividad. Un poco más de una décima parte de la muestra reportó impulsividad. Más de una cuarta parte de quienes presentaron intento suicida mostró impulsividad. Menos de la mitad de quienes presentaron depresión mostraron impulsividad. Más de un tercio de quienes presentaron ideación suicida también mostraron impulsividad.

Tabla 68. Indicadores de riesgo suicida según impulsividad

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Impulsividad								
Sin	43	8.4	35	6.8	50	9.8	430	84
Con	16	3.1	25	4.9	26	5.1	82	16
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Consumo de sustancias

Número de veces en la vida.

Alcohol. Más de un cuarto de la muestra total refirió haber consumido alcohol una vez en su vida; mientras que alrededor de dos quintas partes de quienes mostraron intento suicida, depresión e ideación suicida refirieron haber consumido alcohol cinco o más veces en su vida.

Tabla 69. Indicadores de riesgo suicida según consumo de alcohol

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcohol								
1 vez	12	2.3	9	1.8	20	3.9	136	26.6
2 a 4 veces	15	2.9	9	1.8	13	2.5	101	19.7
5 o más	24	4.7	26	5.1	30	5.9	120	23.4
Nunca	8	1.6	16	3.1	13	2.5	155	30.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Marihuana. Alrededor de una décima parte de los participantes en general, así como aquellos con presencia de intento suicida y quienes presentaron indicadores de depresión mencionaron haber consumido marihuana una vez en su vida. Por su parte, más de una tercera parte de quienes exhibieron ideación suicida refirieron haber consumido marihuana cinco o más veces en su vida.

Tabla 70. Indicadores de riesgo suicida según consumo de marihuana

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marihuana								
1 vez	10	2	6	1.2	20	3.9	42	8.2
2 a 4 veces	4	0.8	4	0.8	13	2.5	16	3.1
5 o más	4	0.8	5	1	30	5.9	12	2.3
Nunca	41	8	45	8.8	13	2.5	442	86.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Inhalables. Menos de una décima parte de los participantes en general, así como aquellos con presencia de intento suicida, depresión e ideación suicida mencionaron haber consumido inhalables una vez en su vida.

Tabla 71. Indicadores de riesgo suicida según consumo de inhalables

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inhalables								
1 vez	4	0.8	2	0.4	6	1.2	23	4.5
2 a 4 veces	3	0.6	0	0	1	0.2	5	1
5 o más	2	0.4	1	0.2	2	0.4	2	0.4
Nunca	50	9.8	57	11.1	67	13.1	482	94.1
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Cocaína. Menos de una décima parte de los alumnos que participaron en el estudio, así como quienes presentaron tentativa suicida, depresión e ideación suicida refirieron haber consumido cocaína una vez en su vida.

Tabla 72. Indicadores de riesgo suicida según consumo de cocaína

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cocaína								
1 vez	2	0.4	0	0	2	0.4	10	2
2 a 4 veces	1	0.2	2	0.4	2	0.4	3	0.6
5 o más	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
Nunca	55	10.7	57	11.1	71	13.9	498	97.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Crack. Menos de una décima parte de los alumnos que participaron en el estudio, así aquellos con indicadores de tentativa suicida, depresión e ideación suicida mencionaron haber consumido crack entre una y cinco o más veces.

Tabla 73. Indicadores de riesgo suicida según consumo de crack

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Crack								
1 vez	1	0.2	0	0	0	0	7	1.4
2 a 4 veces	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
5 o más	2	0.4	1	0.2	2	0.4	2	0.4
Nunca	55	10.7	58	11.3	73	14.3	502	98
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

“Tachas”. Menos de una décima parte de los participantes en general, así aquellos tentativa suicida, depresión e ideación suicida refirieron haber consumido “tachas” entre una y cinco o más veces.

Tabla 74. Indicadores de riesgo suicida según consumo de “tachas”

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
“Tachas”								
1 vez	2	0.4	1	0.2	2	0.4	10	2
2 a 4 veces	1	0.2	0	0	1	0.2	1	0.2
5 o más	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
Nunca	55	10.7	58	11.3	72	14.1	500	97.7
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Tabaco. Menos de una décima parte de los participantes en general mencionaron haber consumido tabaco una vez en su vida. De entre quienes presentaron indicadores de riesgo suicida el consumo de tabaco en cinco o ocasiones se encontró en alrededor de una cuarta parte.

Tabla 75. Indicadores de riesgo suicida según consumo de tabaco

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco								
1 vez	3	0.6	5	1	7	1.4	47	9.2
2 a 4 veces	9	1.8	10	2	11	2.1	39	7.6
5 o más	15	2.9	15	2.9	17	3.3	37	7.2
Nunca	32	6.3	30	5.9	41	8	389	76
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Edad de inicio del consumo.

Alcohol. El grupo de edad con mayor frecuencia en el inicio de consumo de alcohol fue el de 12 a 15 años. Entre quienes mostraron indicadores de riesgo suicida representó más de dos terceras partes.

Tabla 76. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de alcohol

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
8 a 11	7	2.1	1	0.3	8	2.3	37	7.2
12 a 15	42	11.9	42	11.9	54	15.5	309	60.5
16 a 18	1	0.3	0	0	0	0	6	1.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	352	79.7

Marihuana. El grupo de edad con mayor frecuencia en el inicio de consumo de marihuana fue el de 12 a 15 años. Entre quienes mostraron indicadores de riesgo suicida representó alrededor de una quinta parte.

Tabla 77. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de marihuana

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
8 a 11	1	1.7	0	0	2	3.4	4	6.7
12 a 15	13	21.7	13	21.6	13	21.7	50	83.3
16 a 18	2	3.3	1	1.7	2	3.4	6	9.9
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	60	11.7

Inhalables. El grupo de 12 a 15 años fue el de mayor frecuencia en el inicio de consumo de inhalables. Tanto en la muestra general como entre quienes mostraron indicadores de riesgo suicida no superó ni una décima parte.

Tabla 78. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de inhalables

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
8 a 11	1	6.3	0	0	1	6.3	2	12.6
12 a 15	4	25.1	3	18.9	4	31.3	13	81.3
16 a 18	0	0	0	0	1	6.3	1	6.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	16	3.1

Cocaína. El grupo de 12 a 15 años fue el de mayor frecuencia en el inicio de consumo de cocaína. Tanto en la muestra general como entre aquellos que presentaron intento suicida, depresión e ideación suicida la edad de inicio del consumo de cocaína fue menor a la décima parte.

Tabla 79. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de cocaína

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
8 a 11	0	0	0	0	0	0	0	0
12 a 15	3	50	3	50	5	83.4	6	100
16 a 18	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	6	1.2

Crack. El grupo de 12 a 15 años fue el de mayor frecuencia en el inicio de consumo de crack. Tanto en la muestra general como entre aquellos que presentaron intento suicida, depresión e ideación suicida la edad de inicio del consumo de crack fue menor a una décima parte.

Tabla 80. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de crack

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
8 a 11	0	0	0	0	0	0	1	33.3
12 a 15	2	66.7	2	66.6	2	66.7	2	66.6
16 a 18	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	3	0.6

Tabaco. En la población general los 12 a 15 años como edad de inicio de consumo de tabaco representaron menos de una quinta parte; mientras que para aquellos que exhibieron intento suicida, depresión e ideación suicida representó alrededor de un tercio de cada grupo muestral.

Tabla 81. Indicadores de riesgo suicida según edad de inicio de consumo de tabaco

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
8 a 11	7	6.5	5	4.6	9	8.4	15	14.1
12 a 15	19	17.9	19	17.9	22	20.8	85	80.2
16 a 18	0	0	0	0	0	0	6	5.7
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	106	20.7

Consumo reciente de sustancias.

Alcohol. Cuatro quintas partes de la muestra general refirieron no haber consumido alcohol en el último mes. Por su parte, de entre quienes mostraron indicadores de riesgo suicida más de tres cuartas partes mencionaron haber consumido alcohol en el último mes a la aplicación de la batería de instrumentos.

Tabla 82. Indicadores de riesgo suicida según consumo de alcohol en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcohol								
Nunca	43	8.4	46	9	57	11.1	432	84.4
Poco	15	2.9	10	2	17	3.3	70	13.7
Bastante	1	0.2	4	0.8	2	0.4	8	1.6
Casi diario	0	0	0	0	0	0	2	4
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Marihuana. La gran mayoría tanto de la población general como de quienes mostraron indicadores de riesgo suicida refirieron no haber consumido marihuana en el último mes a la aplicación de la prueba.

Tabla 83. Indicadores de riesgo suicida según consumo de marihuana en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marihuana								
Nunca	53	10.4	55	10.7	70	13.7	499	97.5
Poco	4	0.8	4	0.8	4	0.8	10	2
Bastante	2	0.4	1	0.2	2	0.4	2	0.4
Casi diario	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Inhalables. Cerca de la totalidad de la muestra refirió no haber consumido inhalables en el último mes a la aplicación de la batería.

Tabla 84. Indicadores de riesgo suicida según consumo de inhalables en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Inhalables								
Nunca	58	11.3	59	11.5	74	14.5	509	99.4
Poco	0	0	0	0	1	0.2	1	0.2
Bastante	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
Casi diario	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Cocaína. La cantidad de quienes no consumieron cocaína en el último mes a la aplicación de la batería se aproximó a la totalidad de la muestra.

Tabla 85. Indicadores de riesgo suicida según consumo de cocaína en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cocaína								
Nunca	58	11.3	59	11.5	75	14.6	509	99.4
Poco	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Bastante	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
Casi diario	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Crack. La gran mayoría de la muestra manifestó no haber consumido crack en el último mes a la aplicación de la prueba.

Tabla 86. Indicadores de riesgo suicida según consumo de crack en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Crack								
Nunca	58	11.3	58	11.3	75	14.6	510	99.6
Poco	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Bastante	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
Casi diario	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

“Tachas”. Cerca de la totalidad de los participantes, incluyendo aquellos con presencia de indicadores de riesgo suicida, manifestaron no haber consumido “tachas” en el último mes a la aplicación del estudio.

Tabla 87. Indicadores de riesgo suicida según consumo de “tachas” en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
“Tachas”								
Nunca	56	10.9	59	11.5	75	14.6	507	99
Poco	2	0.4	0	0	0	0	3	0.6
Bastante	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2
Casi diario	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Tabaco. Más de cuatro quintas partes de la muestra general refirieron no haber consumido tabaco un mes previo a la aplicación de la batería de instrumentos. De entre quienes mostraron tentativa suicida, depresión e ideación suicida más de tres quintas partes mencionaron no haber tenido consumo previo al estudio.

Tabla 88. Indicadores de riesgo suicida según consumo de tabaco en el último mes

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco								
Nunca	42	8.2	43	8.4	56	10.9	456	89.1
Poco	14	2.7	11	2.1	17	3.3	44	8.6
Bastante	3	0.6	4	0.8	3	0.6	8	1.6
Casi diario	0	0	2	0.4	0	0	4	0.8
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Autoestima. Un poco más de una tercera parte de la muestra reportó un nivel de autoestima medio. De entre quienes presentaron intento de suicidio, dos terceras partes mostraron un nivel bajo de autoestima. Por su parte, entre aquellos que presentaron tanto depresión como ideación suicida, más de la mitad se encontraron en un nivel de autoestima bajo.

Tabla 89. Indicadores de riesgo suicida según autoestima

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	41	8	32	6.3	45	8.3	151	29.5
Medio	10	2	19	3.7	23	4.5	191	37.3
Alto	8	1.6	9	1.8	8	1.6	170	33.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Locus de control. Más de dos quintas partes de la población general mostraron un nivel medio en lo que a locus de control se refiere. Entre quienes presentaron tentativa suicida más de una tercera parte se encontró en un nivel medio y más de otra tercera parte en el nivel alto. En lo que se refiere a aquellos con depresión más de una tercera parte se posicionó en el nivel bajo y más de otra tercera parte en el nivel alto de locus de control. Por último, en el grupo con ideación suicida se encontró a más de un tercio en el nivel medio de locus de control.

Tabla 90. Indicadores de riesgo suicida según locus de control

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	14	2.7	22	4.3	21	4.1	137	26.8
Medio	22	4.3	15	2.9	28	5.5	229	44.7
Alto	22	4.3	22	4.3	26	5.1	145	28.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Entretenimiento. De entre la población general y quienes presentaron intento e ideación suicida, dos quintas partes mostraron un nivel medio en cuanto al entretenimiento. En aquellos que mostraron depresión dos quintas partes exhibió un nivel bajo de entretenimiento.

Tabla 91. Indicadores de riesgo suicida según entretenimiento

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	16	3.1	24	4.7	25	4.9	141	27.5
Medio	24	4.7	21	4.1	32	6.3	213	41.6
Alto	19	3.7	15	2.9	19	3.7	158	30.9
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Relaciones intrafamiliares

Unión y apoyo. Tanto en la población general como quienes presentaron depresión e ideación suicida la mitad se encontró en un nivel medio en cuanto a la percepción de unión y apoyo familiar percibido por los participantes. Si bien, el intento suicida también se encontró en el nivel medio, este se posicionó ligeramente por debajo de la mitad.

Tabla 92. Indicadores de riesgo suicida según unión y apoyo familiar percibido

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	25	4.9	25	4.9	28	5.5	91	17.8
Medio	27	5.3	30	5.9	40	7.8	264	51.6
Alto	7	1.4	5	1	8	1.6	157	30.7
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Expresión. Cerca de la mitad de la población general mostró un nivel medio en cuanto a la percepción de expresión de emociones en la familia. De entre quienes presentaron intento de suicidio, más de dos quintas partes se encontraron en el nivel medio. De entre quienes exhibieron depresión, cerca de la mitad presentaron un nivel bajo de expresión. El grupo con ideación suicida presentó tanto niveles bajos como medios en dos quintas partes respectivamente.

Tabla 93. Indicadores de riesgo suicida según expresión familiar percibida

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	24	4.7	28	5.5	34	6.6	104	20.3
Medio	26	5.1	25	4.9	34	6.6	254	49.6
Alto	9	1.8	7	1.4	8	1.6	154	30.1
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Dificultades. La mitad de la muestra general y de quienes presentaron ideación suicida se encontró en el nivel medio en cuanto a la percepción de dificultades en las relaciones intrafamiliares. Para aquellos que tuvieron una tentativa suicida, así como indicadores de depresión el nivel que presentó más frecuencia fue el alto, representando cerca de la mitad de la muestra de estos grupos.

Tabla 94. Indicadores de riesgo suicida según dificultades percibidas

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	7	1.4	6	1.2	3	0.6	123	24
Medio	19	3.7	26	5.1	39	7.6	259	50.6
Alto	33	6.4	28	5.5	34	6.6	130	25.4
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Total de la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Más de dos quintas partes de la población general se encontraron en el nivel medio de relaciones intrafamiliares. Por su parte, quienes exhibieron indicadores de riesgo suicida presentaron un nivel bajo en cuanto a las relaciones intrafamiliares.

Tabla 95. Indicadores de riesgo suicida según escala de relaciones intrafamiliares

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	25	4.9	29	5.7	35	6.8	155	30.3
Medio	23	4.5	22	4.3	29	5.7	225	43.9
Alto	11	2.1	9	1.8	12	2.3	132	25.8
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Resiliencia

Factor protector interno. Dos quintas partes de la población general mostraron un nivel medio en cuanto los factores protectores internos de la resiliencia. Dos quintas partes de quienes mostraron tentativa suicida se encontraron en un nivel bajo de factores protectores internos. Por su parte, de entre aquellos que exhibieron tanto depresión como ideación suicida más de una tercera parte se encontró en el nivel medio de la dimensión en cuestión.

Tabla 96. Indicadores de riesgo suicida según factores protectores internos

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	26	5.1	22	4.3	33	6.4	135	26.4
Medio	22	4.3	23	4.5	29	5.7	229	44.7
Alto	11	2.1	15	2.9	14	2.7	148	28.9
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Factor protector externo. Más de dos quintas partes de la población general se encontraron en el nivel medio de factores protectores externos. De entre los participantes que presentaron algún tipo de indicador de riesgo suicida alrededor de la mitad se posicionaron en el nivel bajo de factores protectores externos.

Tabla 97. Indicadores de riesgo suicida según factores protectores externos

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	29	5.7	27	5.3	38	7.4	134	26.2
Medio	18	3.5	20	3.9	26	5.1	233	45.4
Alto	12	2.3	13	2.5	12	2.3	145	28.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Empatía. Más de dos quintas partes de la población general se encontraron en el nivel medio de empatía. Una tercera parte de quienes presentaron tentativa suicida se encontró en el nivel bajo de empatía. Dos quintas partes de quienes mostraron depresión e ideación suicida se posicionaron en el nivel bajo de empatía.

Tabla 98. Indicadores de riesgo suicida según empatía

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	23	4.5	27	5.3	33	6.4	134	26.2
Medio	20	3.9	15	2.9	26	6.1	233	45.5
Alto	16	3.1	18	3.5	17	3.3	145	28.3
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Resiliencia Total. Más de la mitad de la muestra general obtuvo un nivel medio en resiliencia. Más de dos quintas partes de aquellos que mostraron indicadores de riesgo suicida se encontraron en el nivel bajo de resiliencia.

Tabla 99. Indicadores de riesgo suicida según resiliencia

Característica	Con intento suicida		Con depresión		Con ideación suicida		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel								
Bajo	27	5.3	26	5.1	35	6.8	129	25.2
Medio	22	4.3	23	4.5	31	6.1	264	51.6
Alto	10	2	11	2.1	10	2	119	23.2
Total	59	11.5	60	11.7	76	14.8	512	100

Anexo 2. Carta al comité de ética



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
SISTEMA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
ESCUELA PREPARATORIA REGIONAL TONALÁ NORTE

Tonalá, Jalisco; 20 de febrero de 2015

**COLEGIO DEPARTAMENTAL / COMITÉ DE ÉTICA
ESCUELA PREPARATORIA REGIONAL DE TONALÁ NORTE
SISTEMA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
JOSÉ JUAN PONCE FUENTES
PRESIDENTE DEL COLEGIO DEPARTAMENTAL
Presente.-**

Me es grato dirigirme a usted para hacerle llegar un cordial saludo.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que estoy realizando un proyecto de investigación titulado "Factores de resiliencia familiar ante el riesgo suicida en estudiantes de la Preparatoria Regional de Tonalá Norte de la Universidad de Guadalajara", para optar por el Grado de Doctor en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Por tal motivo, acudo a usted para solicitar el permiso para ejecutar la investigación en la institución que usted preside.

Asimismo adjunto el documento que describe el protocolo de investigación, para la evaluación respectiva.

Sabiendo de su gran compromiso con la educación y bienestar de la población estudiantil, me despido seguro de contar con su aprobación.

Cordialmente,

Mtro. Héctor Rubén Bravo Andrade
Centro Universitario de los Valles / Preparatoria Regional de Tonalá Norte
Investigador principal
Código: 2631849
Correo electrónico: hector.bravo@valles.udg.mx

Juan Gil Preciado s/n, Colonia Basilio Vadillo, 45409,
Tonalá, Jalisco, México, 11-87-07-18, 121, Fax 11-87-07-18,108
www.sems.udg.mx

Anexo 3. Respuesta del comité de ética



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
SISTEMA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
ESCUELA PREPARATORIA REGIONAL TONALÁ NORTE

Oficio CDPTN/282/15

COLEGIO DEPARTAMENTAL / COMITÉ DE ÉTICA
ESCUELA PREPARATORIA REGIONAL DE TONALÁ NORTE
SISTEMA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
MTRO. JOSÉ JUAN PONCE FUENTES
PRESIDENTE DEL COLEGIO DEPARTAMENTAL

CON ATENCIÓN A:
MTRO. HÉCTOR RUBÉN BRAVO ANDRADE

Anteponiendo a la presente un cordial saludo, hago constar que el proyecto de investigación que se encuentra a su cargo: "Factores de resiliencia familiar ante el riesgo suicida en estudiantes de la Preparatoria Regional de Tonalá Norte de la Universidad de Guadalajara", ha sido aprobado por el Colegio Departamental.

Sin más por el momento, quedo de usted para cualquier aclaración o duda.

Atentamente

"PIENSA Y TRABAJA"

"Año del Centenario de la Escuela Preparatoria de Jalisco"
Tonalá, Jalisco, 27 de febrero de 2015

Mtro. José Juan Ponce Fuentes

Presidente del Colegio Departamental.



PREPARATORIA DE TONALÁ
NORTE

Mtra. Rosa Elba Reyes Murillo
Secretario Técnico

Mtra. Angélica Silva Márquez
Jefa de Depto. de Matemática

Lic. José Alberto Flores Chávez
Jefe del Depto. de Sociotecnologías

Mtra. Ivón del Rocío Uribe González
Jefa de Depto. de Servicios Educativos

Mtra. Brenda Mireya Godínez Ortiz
Jefa de Depto. Humanidades y Sociedad

M.C.D. Jacobo Israel Leal Cortés
Jefe del Depto. de Cs. Naturales y de la Salud

Mtra. Blanca Azucena González López
Jefa del Depto. de Comunicación y Aprendizaje

Lic. Leticia Guadalupe Quezada Suárez
Orientadora Educativa.

Juan Gil Preciado s/n, Colonia Basilio Vadillo, 45409,
Tonalá, Jalisco, México, 11-87-07-18, 121. Fax 11-87-07-18,108
www.sems.udg.mx

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
PREPARATORIA TONALÁ NORTE

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA

Yo _____ responsable directo de _____

otorgo de manera voluntaria mi consentimiento para que mi hij@ participe en el Proyecto de Investigación sobre “Salud Psicológica” que se lleva a cabo en la Escuela Preparatoria Tonalá Norte. Bajo el entendido que la participación es voluntaria, la investigación no presenta riesgos y los datos de la participación de mi hijo serán confidenciales y sólo se usarán para los fines de la investigación.

La participación en la investigación consistirá en contestar una serie de instrumentos psicológicos y en su caso participar en grupos de discusión.

Anexo 5. Guía de preguntas para grupos focales

Terapeutas

Inicio

Hola, buenos días. Primero que nada me gustaría agradecerles su esfuerzo para acompañarnos en esta sesión. Estamos realizando un estudio sobre el riesgo suicida en adolescentes de preparatoria.

El objetivo de esta sesión es conocer las distintas opiniones que tienen los terapeutas sobre esta problemática. En este sentido, siéntanse libres para compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es justamente su opinión sincera.

Nosotros dirigiremos la sesión a través de preguntas que detonen su participación, la discusión se llevará a cabo entre ustedes, hablando una persona a la vez.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano lleva mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo para fines de análisis.

¡De entrada muchas gracias por su tiempo!

Desarrollo (preguntas)

Entenderemos riesgo de suicidio o riesgo suicida como la presencia de ideación, planeación o intento de quitarse la vida.

1. Como terapeuta ¿qué te hace pensar que alguien está en riesgo de suicidio?
2. ¿Cuáles cuestiones individuales consideras que son importantes para que una persona pueda presentar riesgo suicida?
3. ¿Qué factores de la familia podrían estar involucrados en el riesgo suicida?
4. ¿Cuál crees que sea el papel del medio social en el riesgo suicida?

5. ¿De qué forma la escuela podría relacionarse con el riesgo suicida?
6. ¿Qué otros factores relacionas con el riesgo suicida en los adolescentes?
7. ¿De qué manera crees que lidian los adolescentes con su propio riesgo suicida?
8. ¿Cómo crees que manejan los chicos el riesgo suicida de alguno de sus pares?
9. ¿Qué haces cuando identificas a un adolescente que consideras se encuentra en riesgo de suicidio?
10. ¿Cuál sería el pronóstico que consideras que tienen los adolescentes que presentan riesgo suicida?

Cierre

Finalmente para terminar ¿Hay algún otro comentario que quisieran agregar?

Aprecio mucho el tiempo que han dedicado a esta sesión. ¡Muchísimas gracias!

Estudiantes

Inicio

Hola, buenas tardes. Primero que nada me gustaría agradecerles su esfuerzo para acompañarnos en esta sesión. Estamos realizando un estudio sobre el riesgo suicida en adolescentes de preparatoria.

El objetivo de esta sesión es conocer las distintas opiniones que tienen los alumnos sobre este tema. En este sentido, siéntanse libres para compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es justamente su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano lleva mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis.

¡De entrada muchas gracias por su tiempo!

Desarrollo (preguntas)

1. ¿Qué crees que la haría pensar a un adolescente en quitarse la vida?
2. ¿Cuáles son las cosas que motivan a los adolescentes a vivir?
3. ¿Cuáles son las peores cosas que le podrían pasar a un adolescente en este momento?
4. ¿Cómo enfrentaría un adolescente ese tipo de situaciones?
5. ¿Qué puede hacer la familia del adolescente para ayudarlo a superar esas situaciones?
6. ¿Qué puede hacer la familia del adolescente para empeorar esas situaciones?
7. ¿De qué manera podrían los amigos ayudar a superar esos problemas?
8. ¿Qué pueden hacer los amigos del adolescente para empeorar esas situaciones?

9. ¿Cómo crees que la escuela podría ayudar a los adolescentes a superar estas complicaciones?
10. ¿Qué podría hacer la escuela para empeorar esas situaciones?
11. Si un adolescente estuviera en medio de un problema muy grave, ¿qué cosas le detendrían de suicidarse?
12. ¿Existe algo que un adolescente pudiera hacer en el futuro que le detendría de suicidarse?

Cierre

Finalmente para terminar ¿Hay algún otro comentario que quisieran agregar?

Aprecio mucho el tiempo que han dedicado a esta sesión. ¡Muchísimas gracias!

Profesores

Inicio

Hola, buenas tardes. Primero que nada me gustaría agradecerles su esfuerzo para acompañarnos en esta sesión. Estamos realizando un estudio sobre el riesgo suicida en adolescentes de preparatoria.

El objetivo de esta sesión es conocer las distintas opiniones que tienen los profesores sobre esta problemática. En este sentido, siéntanse libres para compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es justamente su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano lleva mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis.

¡De entrada muchas gracias por su tiempo!

Se define el riesgo de suicidio como la presencia de ideación, planeación o intento suicida, en este caso en adolescentes.

Desarrollo (preguntas)

1. ¿Tú como profesor que te hace pensar que un alumno puede presentar riesgo de suicidio?
2. ¿Qué haces cuando identificas a un chico o chica que consideras presenta riesgo suicida?
3. ¿Qué te mueve o que sientes ante un chico que consideras tiene riesgo suicida?
4. ¿Cuáles cuestiones individuales consideras que son importantes a considerar para que un alumno pueda presentar riesgo de suicidio?
5. ¿Qué elementos de la familia podrían estar involucrados en el riesgo suicida?
6. ¿Cuál crees que sea el papel del medio social en el riesgo suicida?

7. ¿De qué forma la escuela podría ayudar o evitar la presencia de riesgo suicida?
8. ¿Qué otros factores relacionas con el riesgo suicida en los adolescentes?
9. ¿De qué manera crees que lidian los adolescentes con su propio riesgo suicida?
10. ¿Cómo crees que manejan los chicos el riesgo suicida de alguno de sus pares?

Cierre

Finalmente para terminar ¿Hay algún otro comentario que quisieran agregar?

Aprecio mucho el tiempo que han dedicado a esta sesión. ¡Muchísimas gracias!