



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**La desesperanza y la dificultad en la  
regulación emocional como factores  
de riesgo en la ideación o riesgo  
suicida en adolescentes de una  
escuela de nivel medio superior  
dentro del D.F.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO  
DE  
TANATOLOGÍA

Presentan:

Olga Jessica Granados Alonso

Zochitl Reyes Santiago



ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN CONTINUA Y A DISTANCIA A.C.

México, D.F. 18 JULIO 2014

México D.F. a 18 de Julio del 2014.

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE  
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN  
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.  
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentaron:

- Olga Jessica Granados Alonso
- Zochitl Reyes Santiago

Integrantes de la generación 2013-2014

El nombre de la tesina es:

**La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F.**

Atentamente

Lic. Oscar Tovar Zambrano

## **Contenido**

Justificación	4
Objetivo General	5
¿Cómo se llevó a cabo el trabajo?	5
¿Quiénes participaron?	5
Instrumentos de evaluación	6
Procedimiento	7
Introducción	8
Adolescencia	9
Fases del desarrollo adolescente	10
La construcción del rol y el sentido de vida	16
Suicidio	18
Proceso Suicida	23
Suicidio y Adolescencia	25
Factores de riesgo	28
Desesperanza	32
Desregulación Emocional	36
Prevención y tratamiento para la conducta suicida	39
Recomendaciones para centros escolares	44
Estrategias psicoterapéuticas	46
Psicoterapia de apoyo. (PA)	47
Terapia Cognitiva (TC)	47
Terapia Comportamental Dialéctica (TCD)	48
Psicoterapia Interpersonal (PI)	49
Intervención "IN SITU"	50
La Terapia Familiar	50
Terapia Farmacológica	51
Resultados y Gráficas	56
Conclusiones	63
Referencias Bibliográficas	65

## **Justificación**

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, la OMS ha estimado que cada año se suicidan 14.5 personas de cada 100,000. Sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. El INEGI estima que para llegar a esta acción influyen factores de riesgo de distinta naturaleza: biológicos, psicológicos y sociales, entre otros; y por lo mismo se considera que este hecho puede ser previsible, ya que existen síntomas que se manifiestan mediante un proceso que comienza desde que aparecen en el individuo los pensamientos acerca de quitarse la vida, la planeación de cómo hacerlo y los intentos.

La Secretaría de Salud informó que el suicidio se ha agudizado con rapidez entre adolescentes y jóvenes en México y se constituye ya como una de las primeras causas de muerte en el país. En ese periodo el índice de suicidios ha crecido uno por cada 10 intentos y en muchas naciones ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad entre adolescentes, por lo que dicha conducta representa un problema de salud pública a escala mundial. Es por eso que este trabajo pretende identificar a los adolescentes con ideación o riesgo suicida en este centro de estudios, para contribuir en bajar la tasa de mortandad de este problema. Es importante recordad que el suicidio nunca es un acto que afecta solamente a quien lo comete; la causa, los porqués, el acto mismo, incrimina a todo su entorno; esto es; la familia propia, los familiares cercanos y aún los lejanos, los amigos, el médico, el

sacerdote, los testigos si los hubo, la persona significativa, entre otros. Puesto que la vida de los allegados se ve profundamente afectada a nivel emocional, social y económico.

### **Objetivo General**

El objetivo de este estudio es detectar oportunamente adolescentes con ideación o riesgo suicida a través de la Escala de Desesperanza y la de Escala de dificultades en la regulación emocional como factores de riesgo. Con la finalidad de apoyar y contribuir en bajar la tasa del índice de suicidio de esta población, así como canalizarlos al área de atención especializada de este centro de estudios para iniciar una intervención oportuna.

### **¿Cómo se llevó a cabo el trabajo?**

Los datos y las encuestas se recabaron con estudiantes inscritos en una escuela de nivel medio superior de la zona poniente de la Ciudad de México, durante el ciclo escolar 2013-2014. Esta escuela fue seleccionada porque al hacer investigaciones no se encontró algún trabajo o antecedentes de este tipo.

### **¿Quiénes participaron?**

Se trabajó con una muestra intencional no probabilística de dos grupos de cuarto semestre de estudiantes de ambos sexos, en donde el 60% son mujeres y el 40%, con un rango de edad de entre 15 y 18 años.

### **Instrumentos de evaluación**

Los instrumentos utilizados fueron: La Escala de la desesperanza de Beck (A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler, 1974), en su versión en español por Aguilar, Hidalgo, Cano y colaboradores. (1995). Esta escala consta de 20 items, donde se consideran dos niveles de riesgo en relación con el suicidio: riesgo alto y riesgo bajo. La forma de respuesta es mediante una escala dicotómica de verdadero y falso, permite evaluar, desde el punto de vista subjetivo, el grado de desesperanza, es decir; la actitud que tiene el sujeto respecto de sus expectativas futuras. La prueba se califica con 1 o 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0. La escala de puntaje propuesta por Beck y colaboradores, es la siguiente: de 0-3 es un Rango normal o asintomático; de 4-8 es un riesgo de tipo Leve; 9-14, Moderado; y 15-20, Severo. También se obtienen tres factores: el factor afectivo, que se refiere a los sentimientos sobre el futuro; el factor motivacional, que se interpreta como la pérdida de la motivación del sujeto respecto a su futuro y el factor cognitivo, que evalúa las expectativas que tiene sobre el futuro.

Otro instrumento empleado fue La "Escala de dificultades en la regulación emocional" (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz y Roemer, 2004), adaptada al español por Hervas y Jodar (2008). Esta escala evalúa diferentes aspectos de la regulación emocional, concretamente las dificultades funcionales y el déficit que pueden presentarse durante el procesamiento emocional de una situación. La versión española, a diferencia de la original, está compuesta por cinco (y no seis) sub-escalas: 1) Desatención emocional (incapacidad para atender y reconocer las

emociones), 2) Confusión emocional (dificultad para clarificar y comprender las emociones), 3) Rechazo emocional (tendencia a rechazar las experiencias emocionales negativas o de malestar, generando una respuesta emocional secundaria también negativa), 4) Interferencia cotidiana (incapacidad para descentrar la atención de las emociones negativas y dirigir el comportamiento hacia otras metas) y 5) Descontrol emocional (incapacidad para manejar las emociones negativas y utilizar estrategias de regulación emocional que se perciban como eficaces). La versión española de la DERS está formada por 28 items con cinco opciones de respuesta en una escala Likert (desde 1= "Casi nunca/0-10% de las veces" hasta 5= "Casi siempre/90-100% de las veces"). Las puntuaciones más altas indican que hay dificultades en la regulación emocional.

### **Procedimiento**

Se hizo contacto con las autoridades del plantel para obtener los permisos correspondientes. En cada salón de clases se exhortó a los estudiantes para que participaran, haciendo hincapié que su consentimiento era voluntario y que el registro de su información era anónimo. No se presentaron rechazos o inconformidades para la aplicación de las escalas. Se les entregó a los estudiantes dos formatos autoaplicables de lápiz-papel, los cuales respondieron dentro de los salones de clase en un tiempo estimado de una hora. La aplicación fue realizada por una Psicóloga, sin la presencia de maestros u autoridades.

## **Introducción**

El problema del suicidio es una cuestión demasiado compleja; porque no es simplemente un síntoma de patología mental, es mucho más que eso. El suicida no es un loco, tampoco un valiente, menos aún, un cobarde. El suicidio sucede en un individuo normal; y posee siempre, un valor afectivo, ético, existencial. La tragedia de la muerte de un joven debido a desesperanza o frustración, resulta devastadora para la familia, los amigos y la comunidad. Padres, hermanos, compañeros, entrenadores y vecinos podrían quedarse con la duda de si pudieron hacer algo para impedir que ese joven decidiera suicidarse. Aprender más acerca de los factores que podrían llevar a un adolescente al suicidio podría ayudar a prevenir más tragedias; aunque no siempre se puede impedir,

La situación actual de los adolescentes y las condiciones que inciden negativamente sobre su calidad de vida, se hacen evidentes cuando se analizan las estadísticas sobre dos eventos, suicidio e intento de suicidio, que representan situaciones límites y que hacen referencia al fracaso social como proceso individual de vida.

La tentativa de suicidio se puede considerar como toda acción planeada o impulsiva tendente a autolesionarse, con o sin la conciencia de que dicho acto podría generarle la muerte y detenida en su proceso antes que dé como resultado la pérdida de la vida.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, en el capítulo de Trastornos del Estado de Animo hace hincapié en los síntomas de desesperanza, pensamiento de muerte, ideación suicida o tentativa suicida, como criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor.

En los últimos años, numerosas investigaciones han mostrado que la forma en que "interpretamos" los sucesos negativos influye en la aparición de problemas emocionales, tales como la ansiedad y la depresión. La desesperanza es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. En este sentido, la desesperanza se ha considerado un importante factor de vulnerabilidad para cierto tipo de depresión y para el pensamiento de suicidio.

### **Adolescencia**

El Desarrollo Humano y en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

Desde la perspectiva de transición los únicos hechos claramente reconocibles son el abandono de la niñez por las transformaciones biológicas que se presentan y el ingreso a la edad adulta

En la adolescencia se replantea la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida. Tal situación se hace crítica en los tiempos actuales, pues los adolescentes son los portadores de los cambios culturales. Demandan, para el medio adulto, una reorganización de esquemas psicosociales que incluyen el establecimiento de nuevos modelos de autoridad e innovadoras metas de desarrollo. Sin las adecuadas condiciones, las nuevas interacciones personales y sociales pueden favorecer la emergencia de grandes riesgos y daños.

### **Fases del desarrollo adolescente**

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social, y en la elaboración de la identidad. Las cuales se presentan a través de tres fases. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales.

## **Temprana (10 – 13 años) Preocupación por lo físico y emocional**

En el ser humano las emociones juegan un papel muy importante, ya que le permiten tomar decisiones, actuar de una forma u otra, y en la adolescencia no es la excepción. Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas, sus acciones son inconsistentes. Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o estúpidos, es por ello que los padres deben estar pendientes por señas de cambios emocionales excesivos o por períodos de tristeza de larga duración. Estas señas pueden indicar problemas emocionales severos. Los padres deben mantener una relación sólida, abierta en comunicación y afectuosas con sus hijos para evitar conflictos futuros.

La preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez (Aberastury, 1971).

- Duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres
- Reestructuración del esquema de imagen corporal
- Ajustes a emergentes cambios sexuales, físicos y fisiológicos
- Estímulos de las nuevas posibilidades que abren estos cambios.
- Necesidad de compartir los problemas con los padres
- Fluctuaciones de ánimo
- Fuerte autoconciencia de necesidades
- Relaciones grupales con el mismo sexo
- Movimientos de regresión y avance en la exploración y abandono de la adolescencia

### **Media (14 - 16 años) Preocupación por la afirmación personal social**

La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes. Las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia, es importante reconocer que para los adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas que tienden a suprimirse por los adultos cuando enfocan su sexualidad desde el ángulo exclusivo de la moral o la salud reproductiva.

En esta fase se exploran las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad. La posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario, como lo plantea Aberastury (1973), al adolescente "...se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento."

- Diferenciación del grupo familiar
- Duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Emergentes impulsos sexuales
- Exploración de capacidades personales
- Capacidad de situarse frente al mundo y a si mismo
- Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas
- Preocupación por lo social
- Grupos heterosexuales
- Interés por nuevas actividades
- La pareja como extensión del yo
- Búsqueda de autonomía

### **Final (17 - 19 años) Preocupación por lo social**

Se comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social. No se trata tanto de la elaboración de un proyecto planificado de principio a fin, como podía esperarse tradicionalmente, sino del compromiso con pasos y experiencias dadas en su presente, que constituyan vías flexibles hacia los roles y metas de acuerdo con la incertidumbre de los tiempos. Esto significa que los adolescentes no atribuyan lo que les ocurre fundamentalmente a circunstancias externas, sino

que puedan reconocer y expresar sus capacidades de iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias, negociación en la toma de decisiones y puesta en práctica de la solución de problemas. De esta forma procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones.

Esta fase se puede ver bloqueada por la evitación del duelo que implica abandonar identidades potenciales que parecen ser más gratificantes por roles posibles, así como enfrentar los pasos para llegar a desempeñarlos. Otro importante factor que opaca con frecuencia el empuje por explorar las perspectivas más afines de realización personal y participación social, es la desesperanza objetiva o aprendida de que no existen las opciones que permitan el desarrollo anhelado.

- Búsqueda de afirmación del proyecto personal-social
- Reestructuración de las relaciones familiares
- Locus de control interno
- Desarrollo de instrumentos para la adultez
- Exploración de opciones sociales
- Avance en la elaboración de la identidad
- Duelo parental por la separación física
- Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario
- Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo

Con la modernización y la globalización, el dominio directo de la familia y el sistema escolar sobre el entorno ha disminuido, por lo que a continuación se presentan algunos cambios y efectos claves en el desarrollo del adolescente en la época contemporánea. La

rapidez de estos cambios ha conducido a interpretar la realidad con códigos diferentes entre las generaciones pasadas y actuales.

### **Cambios sociales y su impacto en el desarrollo psicosocial del adolescente**

<p><b>Globalización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Migraciones</li> <li>➤ Multiculturalismo</li> <li>➤ Redes sociales, económicas y comunicaciones</li> <li>➤ Valores, satisfactores y herramientas sociales basadas en países desarrollados</li> </ul>	<p><b>Modernización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mayor esperanza de vida</li> <li>➤ Familias y educación atravesadas por otras redes</li> <li>➤ Rápida obsolescencia tecnológica</li> <li>➤ Mayores oportunidades para las generaciones jóvenes de manejar nuevos conocimientos</li> <li>➤ Progresiva prolongación de la juventud</li> </ul>
<p><b>Relaciones intergeneracionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los avances del conocimiento no son exclusivos de los mayores. Se comparten y complementan dudas y certezas</li> <li>➤ Diferentes códigos para interpretar la realidad</li> <li>➤ Las metas juveniles tienden a diferenciarse de las expectativas familiares y del sistema educativo tradicional</li> <li>➤ Necesidad de espacios de interlocución, negociación y participación</li> <li>➤ Nuevas formas y necesidades de comunicación</li> </ul>	<p><b>Consumo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bienes y servicios llevan al control anónimo del comportamiento</li> <li>➤ Status e imagen versus logro</li> </ul>
<p><b>Relaciones intrageneracionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Refuerzan los procesos de diferenciación y nuevos aprendizajes sociales</li> <li>➤ Facilita la participación social</li> <li>➤ Contribuye a la identidad social</li> <li>➤ Nuevos códigos de interacción (adultos-jóvenes, hombres-mujeres, formas de participación-comunicación)</li> </ul>	

## **La construcción del rol y el sentido de vida**

Con la adolescencia las personas nacen para la sociedad y por lo tanto se inicia un desprendimiento del sistema familiar que lleva a una resignificación de las relaciones. Se desencadenan procesos que van concretando las bases para la construcción de los roles y perspectivas de la vida en el contexto de las demandas, recursos y limitaciones que ofrecen las sociedades en sus entornos específicos y en un momento histórico político dado.

En nuestros tiempos la elaboración de la identidad es un imperativo del desarrollo. Ya Erikson señalaba que, en la época contemporánea, el tema es tan estratégico, como lo fue la sexualidad en tiempos de Freud. La vertiginosidad de los cambios exige plantearse quién se es realmente, pues las relaciones con los estímulos y disyuntivas del mundo moderno y fragmentado demandan la presencia de una brújula interna.

Por la rápida obsolescencia tecnológica, existe mayor facilidad en los grupos jóvenes que en los adultos para adquirir rápidamente conocimientos sobre tecnologías innovadoras. El consumo incide en fortalecer el status y la imagen como expresiones de éxito, dejando el logro en segundo plano; expresa una inmediatez que sustituye la inquietud por el futuro. Las premisas conocidas no son suficientes para la juventud al enfrentar la aceleración de los cambios.

Los adolescentes deben efectuar la integración de muy diversos insumos y disyuntivas. La polarización socioeconómica agudiza

los impactos diferenciales en la incorporación de los nuevos códigos e instrumentos para el desarrollo de los adolescentes y se incrementan inequidades.

Las ciudades son receptoras de jóvenes migrantes y asiento de anillos de pobreza, donde los adolescentes deben enfrentar múltiples conflictos y riesgos, con menos apoyos. La urbanización, modernización y las migraciones debilitan el papel de la familia frente a la solución de los problemas juveniles. Esto los expone a mayores oportunidades de hacer decisiones y elecciones con menos herramientas para la solución de problemas.

En dichas condiciones la vulnerabilidad es mayor, y pueden incrementarse las conductas que buscan la satisfacción inmediata o la autoafirmación a través de acciones efímeras, que dan sensaciones pasajeras de logro, reconocimiento y gratificaciones que buscan satisfacer la depravación a cualquier costo. Se incrementa reactivamente la predisposición a compensar la frustración mediante la satisfacción riesgosa y efímera de sus necesidades de autoestima y pertenencia.

### **Suicidio**

Se prefiere hablar de muerte accidental, muerte súbita o cuando no hay más remedio de un paro cardíaco y respiratorio. Pero confesar que un ser querido se mató, es malo para su memoria, malo para los familiares, malo para la comunidad. En una palabra, el suicidio es un verdadero escándalo dentro de una sociedad

como la nuestra. Por lo que es mejor cambiar la versión o se calla el acontecimiento y es preferible hablar de otras cosas.

Se cree que la palabra suicidio la utilizó por primera vez, el abate Desfontaines en 1737 que deriva etimológicamente del latín y está compuesta de dos términos: *Sui* que significa así mismo, y *Caedere*, que se traduce como matar, así, suicido se traduce como: matarse a sí mismo, mientras el concepto de intento de suicidio está referido al deseo de ejecutar su propia muerte, sin pasar al acto como tal.

El suicidio tiene múltiples acepciones, pero se puede definir como todo comportamiento que busca o encuentra una solución para un problema existencial en el hecho de atentar contra su propia vida. El suicidio o el intento de suicidio se toma como camino cuando no se encuentra otra salida posible a lo que se está viviendo o sintiendo. El suicidio por lo general atraviesa circunstancias concretas como el pensamiento, la acción y la consumación del acto. Aunque existen variantes en la forma de clasificar y definir los rasgos de conducta tendientes a quitarse la vida.

Por su naturaleza, el suicidio está asociado a la Salud Mental del individuo, ya que es una situación de crisis que pone en riesgo la vida. Slaikeu define este estado de crisis como: “Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular, usando los métodos frecuentes de resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo”.

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y El término “parasuicidio” fue introducido por Kreitman, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). Friedrich Dorsh describe; “en individuos psíquicamente sanos, la decisión adoptada libremente, del homicidio de sí mismo, puede ser consecuencia de una situación a la que no se ve salida”. Pero se produce a menudo en conexión con un estado psíquico o psicopático, en tal caso es la expresión de un estado afectivo de angustia desesperación y ausencia de otras salidas.

Freud consideró el suicidio como un fenómeno intrapsíquico, originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervenían sobre todo la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla. Es decir, la condena moral de sí mismo, vejación de sí mismo y destrucción de sí mismo, es el objetivo último de la agresión hacia el individuo. La manifestación de las pulsiones de muerte. De lo cual Freud decía que están constituidas por sentimientos de culpabilidad

reprimidos. El sentido inconsciente del suicidio, es la expresión de la culpa mediante la muerte. También consideraba que el suicidio era un homicidio invertido. Freud colocó en el interior del alma humana el problema del suicidio. Comento que en duelo y melancolía considera los impulsos hacia el suicidio como impulsos homicidas, orientados anteriormente hacia otras personas, dirigidos hacia el objeto amado previamente introyectado.

Karl Menninger en su obra *El hombre contra sí mismo* reeditó los conceptos de Freud sobre el suicidio. Él habló de 3 componentes de la pulsión hostil presente en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Litman incluye entre los aspectos a resaltar en la dinámica del paciente suicida otros además de la hostilidad: la culpa, la ansiedad, la dependencia. Gustavo Bueno (1991) le incluye direccionalidad y funcionalidad a la agresividad con su afirmación: *“un acto, seguramente, de vana e inútil protesta, porque, a fin de cuentas, es probable que uno siempre se suicide contra algo o contra alguien”*.

Se ha señalado que la autoagresividad (suicidio no patológico) se le nombra así cuando el suicida no busca la muerte como una liberación, sino que la acepta, y en algunos casos la llama, por un bien superior. Este tipo de suicidio se divide en: conductas autodestructivas directas que ponen en peligro la propia vida; es decir, la intención expresa de matarse, darse un tiro, ahorcarse, arrojarse al vacío, etc., y las conductas autodestructivas indirectas que ponen en riesgo la propia vida, por ejemplo, actividades de alto riesgo, alpinismo, alcoholismo, manejo de automóviles a alta velocidad y drogadicción entre otras más.

El suicidio es el acto de alguien acorralado por la vida y angustiado. Fernández Tresguerras (2002) “sostiene que nadie se quita la vida, si considera factible continuar viviendo, y sólo lo hace cuando las exigencias a las que ha de hacer frente le resultan más indeseables e insoportables que la muerte misma”. Para Durkheim (1897), uno de los principales estudiosos del fenómeno, desde un punto de vista sociológico: “Todo caso de muerte que resulte, directa e indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella misma que debía producir este resultado”. Define tres tipos de suicidio:

El “egoísta”: por defectos de integración social, aislamiento, soledad, conducta centrada en sí mismo, agresividad. Sucede porque el sujeto está enajenado con la sociedad y tiene pocos lazos o vínculos

El “anómico o fatalista”: que se da cuando las sociedades entran en crisis, cuando se rompe el equilibrio entre el individuo y la sociedad, es el balance existencial negativo, al no poder comprender ni aceptar que vive tan rápido sus cambios. El segundo surge como resultado de una comunidad muy represiva, que constriñe el derecho a escoger y que reduce, por lo mismo las oportunidades.

El “altruista”: cuando el cuerpo social dicta e indica el suicidio (terroristas y kamikazes por ejemplo). Generalmente lo cometen personas que toman como algo propio ciertos valores de la sociedad que significan su vida por un ideal fuerte y que no les importa tampoco perder su identidad.

El suicidio, para ser calificado como tal, exige dos requisitos a saber:

- 1) Que la muerte sea voluntariamente querida y
- 2) Que se tenga el propósito de quitársela uno mismo, directamente, por acción u omisión.

Si falta uno de estos dos requisitos, no estamos en presencia de un suicida. Faltando la voluntad de suicidarse por parte del individuo, como ocurre en el caso de enajenación mental, el acto no es libre, sino mecánico, y mal puede calificarse de suicida al que no sabe y, por tanto, no quiere lo que hace. En el segundo supuesto, cuando no hay voluntad directa de quitarse la vida por acción u omisión, pero de la misma se sigue como consecuencia inevitable o probable de una conducta determinada.

### **Proceso Suicida**

Dentro del fenómeno del suicidio se pueden señalar etapas específicas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado. Cada una de estas etapas tiene características específicas que implican un reto para quienes trabajan en la investigación, la prevención y la intervención.

G. Bouchard (2000) plantea que el proceso suicida es el periodo que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, haciendo la aclaración que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, siendo aún más corto en los intentos subsecuentes de suicidio. Bouchard divide este proceso en 5 momentos vitales:

**Primer momento** Búsqueda de soluciones (etapa normal en cualquier crisis).

La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio, y por lo tanto; se disminuya el dolor.

**Segundo momento** La ideación suicida.

En la búsqueda de soluciones una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que se encuentran suelen ser ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea de suicidio comienza a aparecer más frecuente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasará para morir, por ejemplo; una enfermedad terminal, un accidente, etc. Pero cada vez se piensa más en el suicidio y comienza a elaborar escenarios posibles.

**El tercer momento** es la rumiación.

La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.

**El cuarto momento** la cristalización en la cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada.

El suicidio es considerado ya como una solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para ponerle fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los seres queridos que lo rodean y un sentimiento de aislamiento al presente. Solo hará falta el evento que lleve el paso al acto.

**El quinto momento o último momento** es el elemento desencadenante.

Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento para que el adolescente lo agregue a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Algo muy importante de este proceso es que se puede intervenir el cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo a pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento.

## **Suicidio y Adolescencia**

El suicidio de un joven es un evento profundamente trágico y perturbador, porque generalmente el acto de suicidio ocurre dentro de un contexto y normalmente este suele ser familiar. La tragedia de la muerte de un joven debido a desesperanza o frustración, resulta devastadora para la familia, los amigos y la comunidad. Padres, hermanos, compañeros, entrenadores y vecinos podrían quedarse con la duda si pudieran haber hecho algo para impedir que ese joven decidiera suicidarse.

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

Algunos estudios han determinado que existen ciertos factores específicos de riesgo suicida en este periodo tales como: depresión, deseo de morir, pérdida de esperanza, sentimientos de indignidad, preocupación por la muerte, problemas en las relaciones interpersonales, eventos que socaven la autoestima, pérdida de objetos y personas significativas.

Otros autores como Cynthia Pfeffer, opinan que la conducta suicida en la época de latencia es el prototipo del "acting-out": cuando: un adolescente atenta contra su vida, parece ser que sufre un quiebre con la realidad y una ruptura masiva en cuanto a

sus mecanismos adaptativos. Que es muy diferente a quienes solo amenazan con matarse, los cuales manifiestan más bien una especie de juego, muy complejo entre sus fuerzas y la orientación narcisista de su vida.

Es muy importante subrayar que en los últimos tiempos, por fortuna, se ha eliminado la idea de que un intento de suicidio es una forma de llamar la atención en un sentido peyorativo, una forma de manipulación, es decir, de chantaje, un capricho o un berrinche. Aunque no se puede negar que en muchos casos es un aspecto del síndrome del adolescente suicida, no es el motivo principal, que siempre es inconsciente y mucho más profundo. Un intento de suicidio siempre es una forma de llamar la atención, pero en otro sentido, es un grito desesperado de ayuda, un recurso a una acción potencialmente letal traducida por la ausencia absoluta de una solución diferente para el adolescente

Puede ser difícil recordar cómo se sentía ser adolescente, atrapado en esa área gris entre la niñez y la edad adulta. Por supuesto que es una época de increíbles posibilidades, pero también puede ser un periodo de estrés y preocupación. Se sienten presionados para adaptarse socialmente, tener un buen desempeño académico y actuar con responsabilidad.

Los jóvenes con problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o insomnio, corren riesgos más altos de pensar en el suicidio. Los adolescentes quienes pasan por cambios fuertes en la vida (el divorcio de sus padres, mudanzas, un padre que se va de casa por su servicio militar o por la

separación de los padres, o cambios financieros, pérdidas y muerte de seres queridos) y aquellos quienes son víctimas de intimidación corren mayores riesgos de pensar en el suicidio.

### **Factores de riesgo**

El estudio que la psicología y la psiquiatría han dedicado al tema, permite identificar unos datos para comprender este fenómeno. Por lo que se ha logrado identificar que en niños no es frecuente la decisión de suicidarse, ya que no es una solución a un problema específico (acto impulsivo); sino la consecuencia de una particular organización de la personalidad, es decir; hay una distorsión cognitiva de la comprensión realista de la muerte,

El suicidio no tiene “causas” pero existen factores que se asocian a él. La conducta suicida de niños y adolescentes se asocia directamente con agentes como la depresión, el desempleo, alguna separación (divorcio), la pérdida de algún ser querido, un cambio de residencia, el haber sido víctima de agresiones físicas, sexuales y psicológica, la deficiencia en la capacidad de socialización, los procesos de adaptación, la inseguridad, la exclusión social, el rechazo afectivo, las preocupaciones por las circunstancias sociales/económicas; o el hecho de considerar que no se satisfacen las expectativas de una vida exitosa, el no obtener reconocimiento por parte de los demás, o simplemente debido a las presiones familiares.

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de

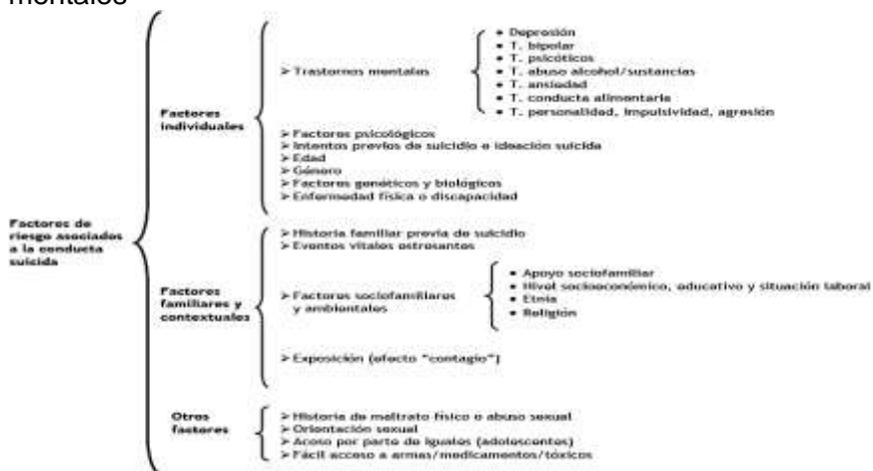
modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos. Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico.

### Clasificación del riesgo suicida en modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
Trastorno afectivo Esquizofrenia Trastorno de ansiedad Abuso de sustancias Trastornos de personalidad Otros trastornos mentales Salud física Dimensiones psicológicas	Heredabilidad Sexo Edad: Adolescente y adultos jóvenes Edad geriátrica Estado civil Situación laboral y económica Creencias religiosas Apoyo social Conducta suicida previa

### Factores de riesgo individuales

El suicido se relaciona con frecuencia a la presencia de trastornos mentales



## **Factores psicológicos**

Las ideas suicidas pueden ser causadas por varios factores, incluyendo las presiones ambientales, las normas culturales e incluso la información genética de una persona. Las variables que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, la desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la dificultad para la resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo.

Entre los rasgos de personalidad que se deben de tomar en cuenta para la conducta suicida son: la agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos es fundamental, ya que son marcadores útiles en la detección de la conducta suicida. El Sexo y la edad también tienen relevancia en los factores psicológicos.

## **Enfermedad física y discapacidad**

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración así como otras discapacidades o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, VIH, etc.) se relacionan en un alto porcentaje con la conducta suicida.

## **Factores de riesgo familiares y contextuales**

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma. Algunos de estos aspectos son:

- Psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales
- Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia
- Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño)
- Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores
- Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido
- Rigidez familiar
- Familias adoptivas o afines

Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción.

### **Eventos vitales estresantes**

Situaciones como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras, pérdida del trabajo, problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales),

### **Etnia**

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio. Se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio

del país de origen y con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia.

### **Exposición (efecto-contagio)**

La exposición a casos de suicidio cercanos efecto “contagio” Werther á determinado que la información sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes.

### **Religión**

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.

### **Otros factores de riesgo**

- Historia de maltrato físico o abuso sexual
- Orientación sexual
- Acoso por parte de iguales
- Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

### **Desesperanza**

Desde un punto de vista psicológico, es condición necesaria para la acción. Quien está sumergido en la desesperanza se siente apático, embotado, inactivo; tiene sentimientos, pero le falta la energía para actuar. La teoría de la desesperanza de la depresión o teoría de la depresión por desesperanza, propuesta por

Abramson, Metalsky y Alloy (1989), postula una nueva teoría, nosología de los trastornos depresivos, “la depresión por desesperanza”, definida principalmente por su causa.

La desesperanza se considera como la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. Aun siendo la indefensión un elemento necesario para desarrollar desesperanza, es ésta la clave causal de la depresión. La teoría se explica como un modelo de diátesis-estrés y especifica una cadena de causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y culmina en desesperanza.

La cadena causal comienza con la ocurrencia de sucesos vitales negativos, sin embargo estos sucesos se sitúan muy por debajo de la cadena causal que conduce a la depresión. A diferencia de la teoría de la Indefensión Aprendida, no se habla de sucesos incontrolables, sino de sucesos vitales negativos. Este matiz es importante porque pone de manifiesto que la presencia de sucesos estresantes negativos están asociados con la aparición de reacciones depresivas.

Es importante identificar la clase de atribuciones que hacen las personas a los sucesos y el grado de importancia que les confieren, contribuyen al desarrollo de la desesperanza y por lo tanto, la probabilidad del desarrollo de los síntomas de depresión es mayor. Si en estos sucesos interviene la internalidad, es decir;

de qué manera atribuye la persona los acontecimientos o sucesos, la desesperanza puede ser acompañada de una baja autoestima.

Abramson rescata de la psicología social la importancia de la “información situacional” para determinar el tipo de atribuciones que hacen las personas o los sucesos o acontecimientos. Es decir; la información situacional que sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso, algunas personas piensan – le pasa a pocas personas lo que me está pasando-, y en una persona con pensamiento de desesperanza lo interpretaría de la siguiente forma –me pasa lo mismo a menudo- tiene un pensamiento alto en consistencia, y bajo en distintividad –no sólo me pasa en esta circunstancia, sino en muchas otras, cuando el sujeto no alcanza distinguir la diferencias de los situaciones o sucesos y generalmente lo atribuye a la misma causa, favorece a una explicación atribucional que lo conducirá a la desesperanza.

En términos generales, la desesperanza es considerada un pesar, una enfermedad, una maldición de gran potencia limitante. El filósofo Nietzsche, la consideraba “la enfermedad del alma moderna”. Puede decirse que es un estado en el que se ven debilitados o extinguidos, el amor, la confianza, el entusiasmo, la alegría y la fe. Es una especie de frustración e impotencia, en el que se suele pensar que no es posible por ninguna vía lograr una meta, o remediar alguna situación que se estima negativa. Es una manera de considerarse a la vez: atrapado, agobiado e inerme.

Este concepto también ha sido estudiado por la psicología existencialista, Viktor Frankl (1997) afirma que el experimentar

que la vida propia tiene sentido, se convierte en la fuerza motivacional fundamental del ser humano y una condición de la autorrealización. De esta manera la experiencia de lograr el sentido se asocia positivamente a la percepción y vivencia de libertad, responsabilidad y autodeterminación, cumplimientos de metas vitales, visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo. Cuando no se alcanza el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, en la percepción de la falta de control de la propia vida y en ausencia de metas vitales. La desesperanza por una causa existencial puede acentuar la ideación o riesgo suicida, más aún en personas cuya condiciones individuales de salud física, social y económicas son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero en las que el individuo experimenta el logro mismo de sentido.

García, Gallegos y Pérez (2009) se dieron la tarea de estudiar la relación entre el sentido de vida y la desesperanza, encontrando una relación significativa entre ambos componentes, lo que los llevó a afirmar que entre menor es el logro de metas, hay mayor desesperanza.

Córdova y Rosales (2010) realizaron un estudio en jóvenes de preparatoria con el propósito de conocer la confiabilidad en el estudio de la desesperanza como factor de riesgo asociado a la conducta suicida. En este trabajo encontraron que más de la mitad de los sujetos de la muestra tenían riesgo de desesperanza cuando experimentaban situaciones que trastornaban su vida,

como la ausencia de familiares en caso de tener problemas, haber sido víctimas de situaciones humillantes y sufrir de insuficiencia económica.

Beck define a la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de atención de vivir.

### **Desregulación Emocional**

En cuanto a la definición, según Gross (1999) la regulación emocional se refiere a “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”. Las emociones se ha dicho que adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales, que facilitan la toma de decisiones y que preparan al individuo para rápidas respuestas motoras. Por ejemplo, proporcionan información sobre intenciones, dan información a otros sobre si algo es bueno o malo y flexibilizan patrones complejos de comportamiento social.

Las emociones son respuestas globales (las cuales tienen tres componentes), que el organismo da al estímulo.

1. El componente afectivo, es decir la experiencia de gusto-disgusto o placer-dolor, con cualidades específicas, como el temor, ira, alegría, tristeza, etc.

2. El componente visceral, que es la serie de cambios que se operan en el organismo, con el aumento de la frecuencia cardiaca, la elevación de la presión arterial, la dilatación de las pupilas, el aumento de la frecuencia respiratoria, la elevación de la concentración de la glucosa sanguínea y la tensión muscular.

3. El componente conductual de las emociones es la acción misma, en donde el ser humano sigue patrones culturales y pautas derivadas del carácter individual; “los muchachos quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser lindas, delgadas pero torneadas, con piel y cabello hermoso”.

Sin embargo, para poder disponer de todos los recursos que nos aportan las emociones es necesario disponer de determinadas habilidades emocionales.

En caso contrario, las emociones pueden suponer un desgaste enorme en el funcionamiento del individuo. Como pueden observarse en los estados de ánimo, que en ocasiones persisten de forma completamente ajena a las circunstancias vitales objetivas convirtiéndose en disfunciones y desadaptativas.

En ausencia de unas adecuadas estrategias y habilidades emocionales, estos intentos de regulación pueden no ser exitosos. En ocasiones emociones como la ira, el miedo y la tristeza, se descontrolan de tal forma que exceden a las expectativas del individuo y su comprensión.

La desregulación emocional, es un término utilizado en la comunidad de salud mental para referirse a una respuesta emocional que está mal modulada, y no se encuentra dentro del rango aceptado convencionalmente de la respuesta emotiva. La desregulación emocional puede ser referida como el estado de ánimo lábil o cambios de humor.

La desregulación emocional es la capacidad disminuida para experimentar y diferenciar un amplio rango de emociones, así como para monitorear, evaluar y modificar estados emocionales intensos. La desregulación emocional se ha asociado a los más frecuentes padecimientos, como depresión, ansiedad y conductas desadaptativas, incluidas la impulsividad y las autolesiones no suicidas.

Las posibles manifestaciones de la desregulación emocional incluyen explosiones de ira o arrebatos de comportamiento, tales como la destrucción o lanzar objetos, agresión hacia sí mismo o a otros, y las amenazas de matar a uno mismo. Estas variaciones ocurren generalmente en segundos a minutos u horas. Esta desregulación emocional puede conducir a problemas de conducta y puede interferir con las interacciones y las relaciones en el hogar social de una persona, en la escuela o en el lugar de trabajo.

Según Marsha M. Linehan, creadora de la Terapia Dialéctico-Conductual, la inestabilidad en las relaciones es consecuencia de la desregulación emocional. Considera que la desregulación emocional “es la dificultad para manejar adecuadamente las

emociones, sin reprimirlas pero sin descontrolarse”; se manifiesta por ejemplo en crisis de ansiedad, explosiones de ira, episodios de llanto que parecen no acabar nunca. Además, el descontrol de las emociones tiene un impacto muy negativo sobre la confianza en uno mismo. Esta dificultad con las propias emociones afectaría directamente a las relaciones con otros, es decir; si uno no es capaz de tolerar y gestionar sus emociones ni de confiar en sí mismo, es difícil que pueda establecer una relación íntima satisfactoria.

Hervás y Vázquez 2006. Distinguen al menos tres vías de cómo se presenta desregulación emocional.

**Déficit de regulación por la ausencia de activación.-** Se observa en aquellas situaciones en las cuales una persona no activa estrategias a pesar de experimentar estados intensos de disforia. Se presenta mayormente en personas con depresión; ya que el individuo puede abandonarse en su estado de ánimo negativo sin hacer nada para compensarlo.

**Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional.-** la ineficacia de las estrategias emocionales no necesariamente tienen que llevar a un estado de ánimo negativo, los intentos de regulación pueden ser infructuosos. Ante un hecho impactante o incluso potencialmente traumático, aunque la persona active estrategias de regulación emocional adecuadas, que serán útiles para cualquier otra persona, probablemente no serán eficaces sino ha procesado o asimilado la situación vivida.

**Déficit de regulación por empleo de estrategias negativas disfuncionales de regulación emocional.-** Algunas personas, ante sus reacciones emocionales negativas, activan estrategias para corregir dichas experiencias, pero no lo consiguen, por lo contrario, encuentran que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes (p. ej., evitación/rechazo/supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifica.

Por lo tanto la regulación de las emociones puede no ser un problema de activación o de eficacia sino que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, son el problema. Es importante añadir que existen otras formas de regulación disfuncional que, aunque consiguen el objetivo de reducir la experiencia emocional, conllevan a efectos secundarios desadaptativos; conductas como el consumo de alcohol y drogas.

### **Prevención y tratamiento para la conducta suicida**

La prevención del acto suicida comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de niños y jóvenes, el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales y el control de los factores de riesgo.

Una forma de prevenir el suicidio en los adolescentes es fortaleciendo sus recursos personales para que puedan tener más herramientas a la hora de enfrentar las situaciones o

problema que experimenten, como serían los problemas con la familia, problemas con los amigos y problemas consigo mismo. También se deben brindar tratamientos psicológicos a niños y adolescentes que presenten problemas psiquiátricos, así como proporcionar recursos de prevención en el consumo de drogas, puesto que muchas veces los suicidios se comenten asociados al consumo de sustancias adictivas.

Es conveniente que los adolescentes dispongan de un ambiente familiar y escolar de comprensión, apoyo y amistad. Y que tanto la familia como la escuela orienten en las competencias, potencien la integración y la interrelación, facilitando la adquisición de habilidades, capacitándoles para llegar a ser consecuentes con sus principios, integrados en su grupo y responsables con los compañeros, combinando diferentes técnicas tanto grupales como individuales (discusiones en grupo, estudios de casos, modelado, juego de roles, ejercicios de habilidades prácticas, trabajos individuales, etc.). Por tanto, se trata de un aprendizaje personalizado, de participación activa tanto en el ambiente familiar como escolar.

### **Patrones familiares**

- Buena relación con los miembros de la familia
- Apoyo de la familia

### **Estilo cognitivo y personalidad**

- Buenas habilidades sociales: confianza en sí mismo, en su propia situación y logro
- Capacidad para buscar ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar

- Saber buscar un consejo cuando hay que elegir opciones importantes
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas; y también hacia conocimientos nuevos

### **Factores culturales y sociodemográficos**

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones culturales o religiosas, clubes y otras actividades
- Buenas relaciones con sus compañeros
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
- Contar con el apoyo de personas relevantes para el adolescente

Muchos adolescentes quienes logran o intentan suicidarse dan algún tipo de advertencia a sus seres queridos de antemano. Por lo tanto, es importante que los padres conozcan las señales de advertencia de manera que los adolescentes con tendencias al suicidio puedan obtener la ayuda que necesitan. Algunos adultos piensan que los jóvenes que dicen que se van a lastimar o a matar "lo dicen sólo para llamar la atención". Es importante darse cuenta que si se ignoran a los adolescentes que llaman la atención, podría aumentar la posibilidad de que sí se lastimen.

### **Observar y escuchar**

Es importante observar bien a un adolescente retraído y con depresión. Comprender la depresión en adolescentes es vital, ya que puede parecer diferente a las creencias comunes acerca de la depresión. Por ejemplo, puede presentarse como tener problemas con amigos, con las calificaciones, el dormir o estar de mal humor o irritable en vez de llorar o de sufrir de tristeza crónica.

El primer paso en la prevención de suicidio es invariablemente lograr la confianza en la comunicación. Tratar de mantener abierta la comunicación y expresar su preocupación, su apoyo y su amor. Si el adolescente confía, demostrarle que se está tomando en serio esas preocupaciones. Una pelea con un amigo puede no parecerle importante en un contexto más amplio, pero para un adolescente puede ser intenso y abrumador. Es importante no minimizar o descontar lo que el adolescente está enfrentando, ya que esto podría aumentar su sentimiento de desesperanza.

### **Hacer preguntas**

Algunos padres prefieren no preguntar, si han pensado suicidarse o lastimarse. Algunos temen que al preguntar, sembrarán la idea del suicidio en los pensamientos del adolescente. Siempre es buena idea preguntar, aunque sea difícil. Algunas veces ayuda explicar por qué pregunta. Por ejemplo, podría decir: "He notado que mencionas demasiado tus deseos de estar muerto. ¿Has pensado intentar matarte"?

### **Obtener ayuda**

Si se entera de que el adolescente piensa en el suicidio, es importante obtener ayuda inmediatamente. El médico puede recomendar un psicólogo o psiquiatra o el departamento de psiquiatría del hospital local puede proporcionar una lista de médicos en su zona.

Si el adolescente se encuentra en una situación de crisis, la sala de emergencias del hospital local puede realizar una evaluación psiquiátrica exhaustiva y recomendarle los recursos apropiados.

Si se concertó una cita con un profesional de salud mental, se debe de asegurar de no faltar a la cita, aún si el adolescente dice que se siente mejor o que no quiere ir. Pensamientos de suicidio tienden a ir y venir; sin embargo, es importante que el adolescente obtenga ayuda para desarrollar las habilidades necesarias para disminuir la posibilidad de que pensamientos y comportamientos de suicidio surjan de nuevo si llegara a ocurrir una crisis.

Los conflictos continuos entre un padre y su hijo pueden empeorar la situación para un adolescente que se siente aislado, no comprendido, que no vale nada y se suicida. Se recomienda conseguir apoyo psicoterapéutico para dar a conocer los problemas de familia y resolverlos de manera constructiva. Es importante informar al profesional de salud mental si existen antecedentes de depresión, abuso de alcohol o drogas, violencia en la familia u otros factores estresantes en el hogar, como un entorno de constante crítica.

### **Ayudar a los adolescentes a hacer frente a las pérdidas**

Primero, reconocer la gran cantidad de emociones que expresa el adolescente; algunos dicen que se sienten culpables, especialmente aquellos que sienten que pudieron haber interpretado mejor las acciones y palabras de su amigo.

Otros dicen que sienten enojo con la persona que logró o intentó suicidarse por haber sido tan egoísta. Y otros dicen que no sienten emociones fuertes o que no saben cómo expresar lo que sienten. Asegurarle al adolescente que no hay manera correcta o

incorrecta de cómo sentirse y que puede hablar de eso cuando se sienta listo para hacerlo.

Cuando alguien intenta suicidarse y sobrevive, ciertas personas podrían temer o sentirse incómodos de hablar con él acerca de eso. Es importante comentarle al adolescente que resista este sentimiento; éste es un momento en que una persona definitivamente necesita sentirse unido a otras.

### **Recomendaciones para centros escolares**

El suicidio no es un incompresible salto desde el vacío: los estudiantes suicidas le dan a la gente que los rodea suficientes avisos y margen para intervenir. En el trabajo de prevención de suicidio, los docentes y el equipo institucional enfrentan un desafío de gran importancia estratégica, en la cual es fundamental:

- Identificar estudiantes con trastornos de personalidad y ofrecerles apoyo psicológico
- Forjar lazos cercanos con los jóvenes hablándoles y tratando de entender y ayudar
- Aliviar la aflicción mental
- Ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales y/o cambios comportamentales
- Ayudar con sus trabajos a estudiantes menos diestros
- Observar las faltas injustificadas
- Desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el abuso de alcohol y
- drogas
- Remitir a los estudiantes para un tratamiento de trastornos psiquiátricos y abuso de alcohol y drogas
- Restringir el acceso de los estudiantes a los medios aptos para el suicidio – drogas tóxicas o letales, pesticidas, armas de fuego y otras armas,

- Proporcionar a los docentes y otros miembros del equipo que trabajan en la institución acceso inmediato a medios para aliviar su estrés en el trabajo
- Identificar autolesiones en los estudiantes para canalizarlos a intervención psicoterapéutica

### **Estrategias psicoterapéuticas**

La intervención debe favorecer una atención receptiva y humanitaria, en un ambiente de privacidad e intimidad, y disponer del tiempo necesario para generar una relación de confianza, prestando cuidado al posible malestar emocional asociado a los actos de autolesión. El adolescente no debe permanecer en ningún momento solo, estará acompañado por un adulto responsable y/o por personal del sector de salud. Es importante identificar en el entorno acompañante, la presencia de algún referente vincular que pudiere resultar tranquilizador y colaborar durante el proceso de atención. Se debe tener mucho cuidado de “No” dejar al alcance elementos potencialmente peligrosos (armas, bisturí, elementos punzo cortantes, medicamentos, etc.), y revisar que no tenga consigo elementos riesgosos. Evitar cercanías con puertas y ventanas. Durante las entrevistas con el adolescente no hay que desestimar los relatos, ni emitir juicios morales o de valor.

Diferentes formas de psicoterapia y psicofarmacología están disponibles para tratar la conducta suicida y deberán ser hechas a la medida para encontrar las necesidades particulares del paciente. Las técnicas psicoterapéuticas están dirigidas a decrementar los sentimientos intolerantes y pensamientos de falta de valor, desesperación o una desesperante inhabilidad para encontrar una solución a las frustrantes circunstancias.

Según Shneidman (2001), los principios fundamentales que caracterizan a la terapia de la crisis suicida son: actividad, autoridad e implicación de los otros.

**Actividad.-** En las crisis suicidas el terapeuta debe ser activo para que el paciente sienta que algo está sucediendo, con el objetivo de restablecer en el paciente el sentimiento de que él es importante y que el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo en su difícil situación.

**Autoridad.-** El terapeuta debe asumir la autoridad, cuidar y dirigir temporalmente al paciente, dado que la crisis suicida lo hace necesario. El sujeto en esta situación se siente incapaz de encontrar alguna solución y sus pensamientos son ambivalentes. Es importante para el paciente sentir que esa figura autorizada entiende exactamente que le ha sucedido y la angustia que tiene, en virtud de su competencia profesional.

**Implicación de los otros.-** Otras personas, ven especial aquello significativo en la situación, han de ayudar a reconstruir en el paciente los sentimientos de autoestimulación y autoconfianza, así como a restablecer los lazos entre el sí mismo del sujeto y los otros, lazos que él experimenta que han sido quebrados o bloqueados. En la interacción con los otros está la clave de la conducta suicida.

## **Psicoterapia de apoyo. (PA)**

La psicoterapia de apoyo procede de la tradición psicoanalítica y se desarrolla a partir de los años 1940. El tratamiento se estructura a través de objetivos claros y definidos con una gran actividad y dirección por parte del terapeuta y focalizada en el funcionamiento de la vida cotidiana del paciente. No se hace uso de interpretaciones pero se dan al paciente explicaciones acerca de sus necesidades, temor al abandono, necesidad de expresar sus sentimientos (intensa rabia e ira) y siempre con el objetivo de que pueda vincular los estados emocionales con estos sentimientos y se permita expresarlos verbalmente y no a través de “actings” y conductas autodestructivas.

Entre las características del terapeuta se señalan: la empatía, calidez y capacidad para trabajar con este tipo de sujetos. El encuadre incluye la situación cara a cara entre paciente y terapeuta, la frecuencia de una vez por semana y un tiempo de duración largo (5-10 años) y a veces indefinido, dependiendo de la gravedad del trastorno.

## **Terapia Cognitiva (TC)**

Las primeras estrategias terapéuticas van dirigidas a que el paciente pueda identificar y corregir los pensamientos distorsionados, las asunciones y los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos. Describen tres tipos de asunciones típicas que juegan un papel esencial en este trastorno y que han de ser tratadas a lo largo del proceso terapéutico:

- 1) El mundo es un lugar peligroso

2) Yo soy poderoso y a la vez vulnerable

3) Me siento poco aceptado

La mezcla de pensamientos de desamparo junto con la hostilidad y la falta de seguridad da lugar a un conflicto entre autonomía y dependencia. Entre los objetivos de la TC destacan:

1. La disminución de los pensamientos dicotómicos (manifestado sus categorías discretas de "malo" "bueno", "amor" "odio", etc.) que están fuertemente arraigados en la estructura cognitiva de los sujetos
2. Ayudar a los pacientes a expresar los sentimientos negativos de una forma moderada
3. Control de los impulsos de carácter autodestructivos.
4. Explicaciones encaminadas a que el paciente construya un sentido de identidad definido.

### **Terapia Comportamental Dialéctica (TCD)**

M. Linehan desarrolló la "Terapia comportamental dialéctica" (TCD) inicialmente para el tratamiento de pacientes borderline con tendencias suicidas crónicas. La TCD procede de un modelo biosocial que asume el trastorno dentro de la regulación de las emociones y la tolerancia al estrés. Entre los objetivos terapéuticos se encuentran la mejora de los modelos disfuncionales de conducta, la dificultad para controlar los impulsos y los fenómenos disociativos severos. Para el tratamiento de estos objetivos tiene en cuenta tanto la comprensión intrapsíquica e interaccional de las conductas desadaptativas. Combina las intervenciones individuales y grupales junto con estrategias conductuales clásicas (Técnicas de

exposición, manejo de contingencia, modificaciones cognitivas, etc.).

El objetivo final de la terapia es crear una "autonomía responsable" en las actitudes y los comportamientos del paciente. Mediante la sucesión de elementos ordenados jerárquicamente se trata el comportamiento suicida, las conductas auto y heteroagresivas, los síntomas que interfieren en la actividad del sujeto.

### **Psicoterapia Interpersonal (PI)**

El "Modelo de conducta interpersonal" SASB (Análisis estructural de la conducta social). Este enfoque destaca el desarrollo de una alianza sólida entre el paciente/terapeuta, con el objetivo de que el paciente sea consciente de sus patrones desadaptativos.

Entre las técnicas empleadas destacan el análisis de los sueños, la asociación libre, las imitaciones y las exposiciones y explicaciones del terapeuta. A veces es conveniente que el terapeuta establezca puentes entre la historia infantil del paciente y los síntomas presentes.

Una vez que el paciente tome conciencia de sus patrones desadaptativos, el terapeuta le ayudará a que no se vuelvan a repetir en el futuro. Es importante analizar las razones de sus comportamientos autodestructivos a través de sueños y fantasías.

## **Intervención “IN SITU”**

La primera ayuda psicológica es una intervención inmediata de apoyo que tiene que restablecer una cierta estabilidad emocional.

Según Matusевич y Pérez Barrero (2009), puede consistir en:

1. Escuchar de forma empática, sin crítica (no se juzga, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina).
2. Crear un ambiente de apoyo, comprensión y aceptación incondicional, aceptando sus sentimientos y mostrando interés por ella
3. Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos y generar un clima e confianza
4. Generar alternativas y estrategias ante los problemas que plantee sin dar consejos
5. No expresar confidencialidad
6. Evaluar el peligro suicida y preguntar directamente si es necesario, no se puede ignorar o no explorar el peligro suicida
7. Tomar las decisiones prácticas y necesarias para proteger a la persona con riesgo suicida, siendo directivo e implicando a familiares y medios sanitarios

## **La Terapia Familiar**

Toma como modelo la teoría general de sistemas y hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Desde la TF se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que si uno de los

miembros presenta un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución.

Las características comunes de las intervenciones familiares son:

- a) Incluye varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- b) El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- c) Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración aproximada de una hora.

### **Terapia Farmacológica**

Como la etiología más frecuente del intento de suicidio son los estados depresivos en general, sus síntomas suelen ser los más evidentes. Desde el punto de vista farmacológico, el control de los mismos suele aparecer entre dos y tres semanas después de iniciado el antidepresivo. Por lo tanto, la inmediata prescripción de antidepresivos no tiene efecto práctico para el momento en el cual se deben tomar determinaciones.

La ansiedad y el insomnio tienen efectos altamente negativos sobre el control de impulsos y sobre la determinación suicida en particular. La intervención farmacológica más importante en urgencias es el control de estos dos síntomas y la elección del tipo de medicamento depende de las características impulsivas del paciente.

## Centros y Hospitales de Apoyo a la Salud Mental

Los Centros de Ayuda pueden ofrecer un apoyo confidencial a quienquiera que se encuentre afligido o desesperado y que pueda estar experimentando sentimientos suicidas. Los Grupos de Autoayuda permiten el encuentro con otras personas para compartir sentimientos y experiencias, lo que puede aportarle consuelo. La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos. Es necesario como medida de prevención disponer de recursos humanos donde se realice una labor de escucha y comprensión para evitar que la persona realice el acto suicida (servicios de línea telefónica directa), ya que nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio.

### Centros del Apoyo en el Distrito Federal

<p><b>Centro de Integración Juvenil</b> Sta. Ma. Nonoalco Cda. Vicente Ambrosi. Entre Gerardón y Periférico. Col. Sta Ma. Nonoalco. Del. Álvaro Obregón. 56-11-00-28 lunes a viernes De 8:00 a 20:00 hrs</p>	<p><b>Centro de Orientación para Adolescentes CORA</b> Ángel Urraza 1122. Col. del Valle, México D.F C.P. 03100 55-59-84-50 y 55-59-84-51 Lun a Vie: 9:00 a 19:00 Sab. 8:00 a 19:00 <a href="http://www.cora.org.mx/">http://www.cora.org.mx/</a> <a href="mailto:info@cora.org.mx">info@cora.org.mx</a></p>
<p><b>Centro de Integración Juvenil CIJ</b> Aguascalientes 201, Col. Hipódromo. Delegación Cuauhtémoc. C.P. 06100. México, D.F. 59-99-49-49 <a href="http://www.cij.gob.mx">http://www.cij.gob.mx</a></p>	<p><b>Centro de Integración Juvenil CIJ</b> Atención vía telefónica 52-12-12-12 Servicio las 24 hrs. Todo el año Atención sólo vía telefónica en crisis emocionales</p>
<p><b>Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar</b>, Cuauhtémoc CAVI Calle Gabriel Hernández 56 Planta Baja. Esq. Río de la Loza. Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc. D.F. C.P. 06720</p>	<p><b>De Joven a Joven</b> Atención vía telefónica 56-58-11-11 (Locatel transfiere la llamada) Atención telefónica a problemas juveniles las 24 hrs.</p>

53-45-52-48 53-45-52-24/25,26 y 27 lunes a domingo 9:00 a 19:00 hrs. Imirandae@pgjdf.gob.mx Asesoría legal y psicológica, asistencia social a víctimas y agresores de violencia intrafamiliar.	
<b>Psicoterapia Integral S.C.</b> Miguel Ángel de Quevedo 103 Col. Chimalistac. México DF 55-50-99-10 <a href="http://www.psicoterapiaintegral.com.mx">http://www.psicoterapiaintegral.com.mx</a>	<b>Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia ILEF</b> Av. México 191, Col. Del Carmen Coyoacán. Del. Coyoacán. C.P. 04100 Previa cita: 56-59-05-04 o 55-54-56-11 <a href="http://www.ilef.com.mx/c_linica.html">http://www.ilef.com.mx/c_linica.html</a>
<b>Instituto Mexicano de la Juventud IMJUVE</b> Serapio Rendón No. 76. Col. San Rafael. Del. Cuauhtémoc. México. D.F. Tercer Piso del IMJUVE. 15-00-13-00 ext. 1470 Lunes-Vieres 9:00 a 15:00 hrs. <a href="http://www.imjuventud.gob.mx">www.imjuventud.gob.mx</a>	

### Psiquiátricos del Sector Salud en el Distrito Federal y Estado de México

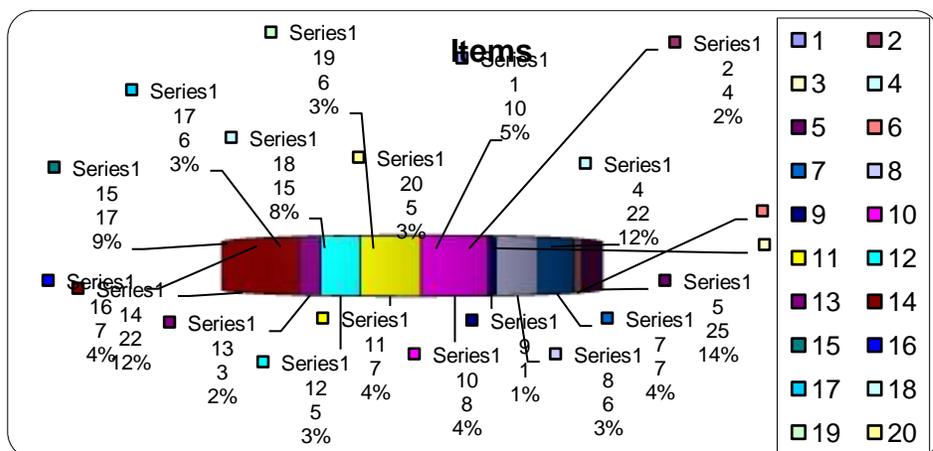
<b>Centro de Salud Mental (CISAME DF)</b> Dirección: Anillo Periférico (Bvd Adolfo Ruiz Cortines) 2905, San Jerónimo Lídice, La Magdalena Contreras, 10200 Ciudad de México, Distrito Federal Teléfono: 01 55 5595 5651.	<b>Centro Comunitario de Salud Mental.</b> Dr. Enrique González Martínez 131. Del. Cuauhtémoc. Col. Sta. María la Ribera. Teléfono: 55-41-47-49; 55-41-12-24  Ayuda a personas con problemas emocionales. Promoción de la salud mental y atención especializada.
<b>Clínica 10 del IMSS</b> Calzada de Tlalpan 931. Col. Niños héroes de Chapultepec. Delegación Benito Juárez. CP. 03440. México, DF Tel 55796122 y	<b>Clínica de Salud Mental</b> Depto. De psicología Médica Psiquiátrica y Salud Mental. Facultad de Medicina de la UNAM Circuito Interior y Cerro del Agua (70167) Col. Ciudad Universitaria CP 04510 México, DF. Teléfono: (915) 6232128 y 56162475
<b>Clínica de Neurología y Psiquiatría del ISSSTE</b> Prolongación Guerrero #346 Col. Nonoalco Tlatelolco, 06300 Ciudad de México, DF Teléfono: 55979759 y 55836896	<b>Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno</b> Autopista México Puebla Km 55, Tláhuac, 13100 Col. Santa Catarina Tláhuac DF Teléfono: 58421602 y 58421610
<b>Hospital Central Militar</b> Blvd Ávila Camacho S/N, Lomas de	<b>Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez</b>

Sotelo, Miguel Hidalgo, 11200 Ciudad de México, DF Teléfono: 01 55 5557 3100 y 55579755	Calle Niño Jesús, Niño Jesús, Tlalpan, Coyoacán DF Teléfono: 5573-0386 / 5573-1550 / 5573-0387 Fax 5573-0388
<b>Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Mixto)</b> Calle San Buenaventura # 81 Recibe pacientes Col. Belisario Domínguez, México, D.F., menores de 16 años de edad Tel: 5573-4844 / 5573-4866 / 5573-4955 Fax 5655-9002	<b>Hospital Psiquiátrico “San Juan de Aragón” IMSS</b> Calzada San Juan de Aragón 311 Col. San Pedro El Chico, Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07480, México, D.F., Tel. 5577-4419 / 5577-7292 / 5577-6043
<b>Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”</b> Calzada México- Xochimilco 101, 14370 México D.F., Tels: 5655-3308 5655-3379 / 5655-7999 est. 267 Fax 5655-0411	<b>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</b> “Dr. Manuel Velasco Suárez” Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama 14269, México, D.F. Tel: 5606-3822
<b>Hospital Psiquiátrico Instituto Mexicano del Seguro Social “Hospital San Fernando”</b> Av. San Fernando 201, Tlalpan, México D.F., Tel: 5606-8323 / 56068495 / 5606-8548 / 5606-9644 Fax 560649	<b>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</b> “Dr. Manuel Velasco Suárez” Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama 14269, México, D.F. Tel: 5606-3822
<b>Hospital Granja “La Salud”</b> Carretera México-Puebla Km. 33.5 Zoquiapan, Edo. De México Tel. 91597-200-28	<b>Secretaría de Salud Hospital Psiquiátrico Campestre “José Sayago”</b> Km. 33.5 Carretera Federal México-Pirámides Municipio de Acolman C.P. 55885, Tepexpan, Edo, de México Tel. (91595) 71836 / 71832 / 71838 Fax. 71836 / 71838
<b>Secretaría de Salud Hospital Psiquiátrico Campestre “ Dr. Adolfo M. Nieto”</b> Km. 33 Carretera Federal México-Pirámides Municipio de Acolman C.P 55885 Tepexpan, Edo, de México Tel. (91595) 7003 Fax 20028	<b>Secretaría de Salud Hospital Psiquiátrico “Granja la Salud Tlazolteotl”</b> Km. 33.5 Carretera Federal a Puebla Municipio de Ixtapaluca Apartado Postal 4 C.P 56530, Zoquiapan, Edo de México Tel. (91597) 20028 Fax 20028

## Resultados y Gráficas

Los predictores de la desesperanza en adolescentes son el pensar que: “no puedo imaginar cómo será mi vida en diez años, mi futuro me parece oscuro, las cosas no marchan como yo quisiera”, estas son variables del factor motivación. Del factor cognitivo, son predictores al tomar en cuenta a los adolescentes pensar que nunca consigo lo que deseo, es poco probable que pueda lograr satisfacción en el futuro y no merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré. Del factor afectivo, espero el futuro con esperanza y entusiasmo, en el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar, espero tiempos mejores que peores.

### Muestra de adolescentes en el Inventario de Desesperanza de Beck.

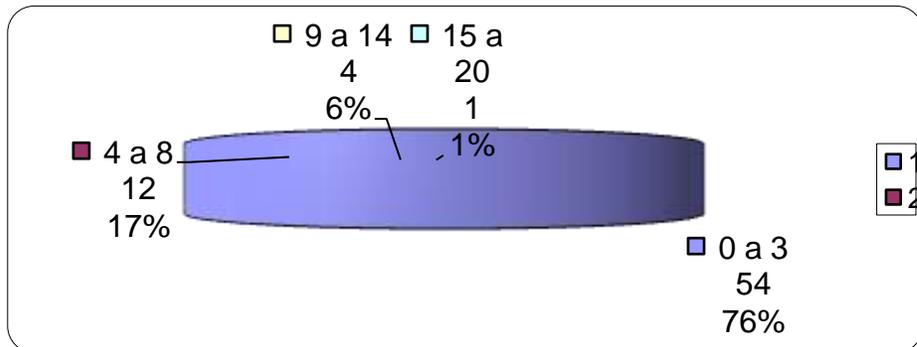


Item	Respondieron	Item	Respondieron
------	--------------	------	--------------

1	10	11	7
2	4	12	5
3	6	13	3
4	22	14	22
5	25	15	17
6	2	16	7
7	7	17	6
8	6	18	15
9	1	19	6
10	8	20	5

De acuerdo al método de corrección de la escala, se obtuvo la clasificación del riesgo suicida de los sujetos. El 76% de los individuos se ubicaron en no presentar ideación o riesgo suicida. El 12% se ubicó en el nivel bajo de riesgo suicida. El 6% en el nivel medio y el 1% en el nivel alto de riesgo suicida.

### Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel del riesgo suicida

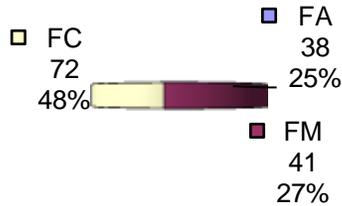


Nivel de Riesgo	Rango	%
No presentan	0-3	76
Bajo	4-8	17
Medio	9-14	6
Alto	15-20	1
Total		100

Las variables predictoras del riesgo suicida, según la clasificación de la escala de Beck, son la dificultad para imaginar la vida en diez años, considerar que las cosas no marchan como se quisiera, y afirmar que el futuro parece vago e incierto; estas variables corresponden al factor cognitivo el cual tuvo un 48%, que se interpreta como expectativas sobre el futuro. Las variables predictoras de la creencia de no lograr hacer que las cosas cambien, no creer que puedan hacerlo en el futuro y no esperar conseguir lo que realmente desea; estos juicios son parte de la pérdida de motivación 41%. Con respecto al factor afectivo tuvo un 38%. Por lo que el factor motivacional es lo que más afecta a los adolescentes. Esto puede asociarse a diversos factores como: a que en países subdesarrollados se asocia los indicadores de pobreza por la mala alimentación valiendo en una desnutrición al igual los bajos niveles de educación. Los factores como inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicarse por el rápido desarrollo de las enfermedades mentales.

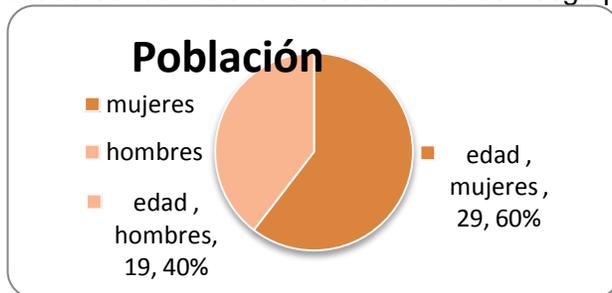
- ❖ Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro)
- ❖ Factor motivacional (pérdida de motivación)
- ❖ Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)

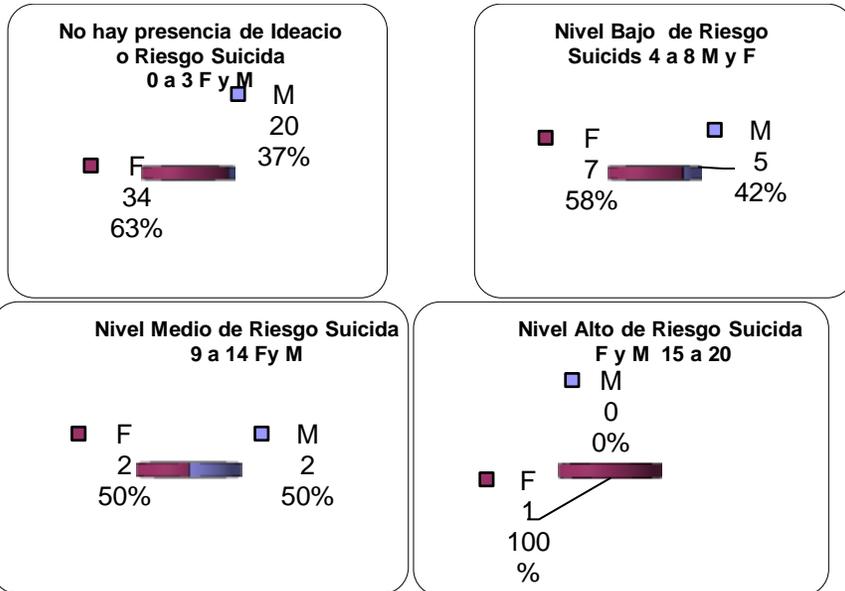
### Gráfica General de FA FM Y FC



Las variables predictoras del riesgo suicida, según la clasificación de la escala de Beck, son la dificultad para imaginar la vida en diez años, considerar que las cosas no marchan como se quisiera, y afirmar que el futuro parece vago e incierto; estas variables corresponden al factor cognitivo, que se interpreta como expectativas sobre el futuro. Es predictor la creencia de no lograr hacer que las cosas cambien, no creer que puedan hacerlo en el futuro y no esperar conseguir lo que realmente desea; estos juicios son parte de la pérdida de motivación.

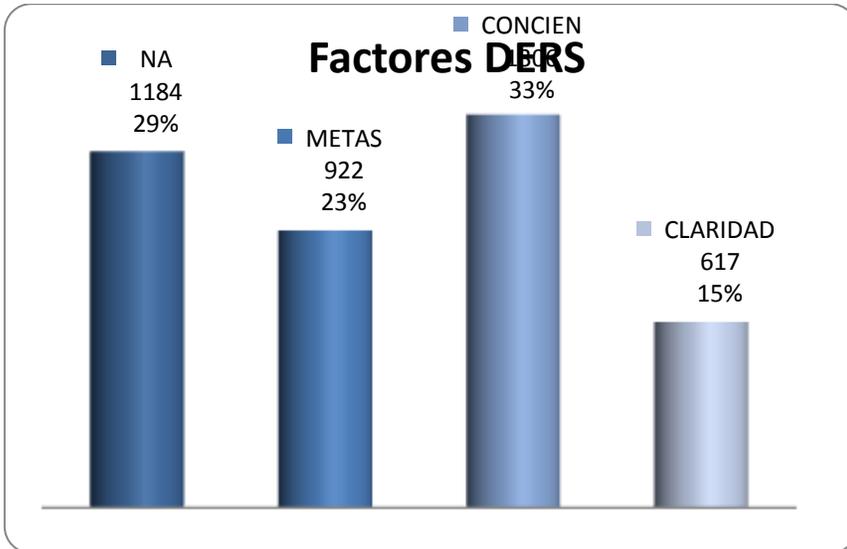
Por otro lado se realizó el análisis del nivel de riesgo por sexo





El análisis de clasificación de los sujetos resultó con 63% de mujeres que no presentan ideación o riesgo suicida y un 37% de varones en la misma tendencia. 58% de las mujeres fueron ubicadas en el nivel y el 42% de varones. En el nivel medio corresponde a un 50% en ambos casos y en el nivel alto de riesgo 1% correspondiente a mujeres, no se presentaron casos de varones en este factor.

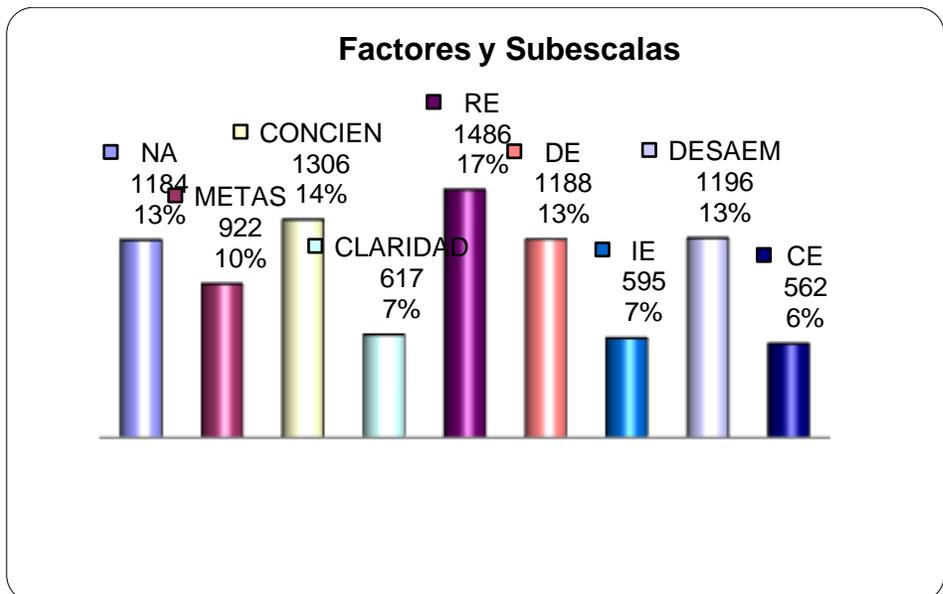
Respecto a la escala DERS (Dificultad en la Regulación Emocional), los datos se ajustaron psicométrica y conceptualmente a una estructura de cuatro factores y 24 reactivos. Los factores de la DERS-E fueron: 1. No aceptación de respuestas emocionales (NA), 2. Dificultades para dirigir el comportamiento hacia Metas (METAS), 3. Falta de Conciencia emocional (CONCIEN), 4. Falta de Claridad emocional (CLARIDAD) y la Regulación Emocional (RE)



Podemos observar que la población estudiada presentó 25% de desadaptación en la aceptación emocional, el 23% presentó Interferencia en conductas dirigidas a Metas, el 33% presenta desadaptación en la regulación de conciencia, es decir, no hay un análisis en el control de sus impulso y por lo tanto una baja conciencia sobre la responsabilidad de sus actos; el 15% de la población presentó bajo control de las emociones y baja claridad en sus metas y objetivos.



Los porcentajes que presenta la población para estas subescalas corresponden a: un 29% presentan problemas en la Regulación emocional (RE); el 24% alude al Descontrol Emocional (DE); presentan dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas; con respecto a la Interferencia Emocional (IE) el 12% hace referencia a las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas; el 24% hace referencia a la Desatención Emocional (CE) que apunta a las dificultades para atender y tener conocimiento de las emociones; y por último el 11% presentó dificultades de regulación en la Confusión Emocional, la cual consiste en la dificultad para conocer y tener claridad respecto de las emociones que se están experimentando y rechazo emocional, que alude a reacciones de no aceptación del propio estrés.



## **Discusión**

Los anteriores resultados permiten concluir que los aspectos afectivos constituyen un factor protector, y que en la medida en que los sujetos generen estrategias de manejo adecuado de sus emociones, estos no tendrán un papel importante en la generación de desesperanza. Por otro lado, la pérdida de motivación y la necesidad de que el contexto esté pleno de estímulos son un factor de riesgo, al igual que la presencia de expectativas poco favorecedoras para el futuro, que predice un estado de desesperanza y, por lo tanto, un componente importante del riesgo suicida. La vida humana, dependiendo de su vivencia, y de nuestra manera de relacionarnos con el mundo, puede ser una sucesión de experiencias hermosas, nutritivas y significativas que nos permitan alcanzar plenitud y paz. También es posible, sin embargo, que esas experiencias resulten frustrantes, dolorosas y desalentadoras

Con respecto a los factores motivacionales y cognitivos podemos relacionarlos con la desregulación emocional ya que al tomar en cuenta la edad o el sexo, solamente se incluyen como predictores variables que cubren estos aspectos; ya sea que por la corta edad no han tenido experiencias de vida que les hayan dado herramientas suficientes para salir abantes en las diferentes problemáticas que se les presentan. O la familia que en su mayor parte es la encargada en desarrollar el carácter y fortalecer la autoestima, consideran estos aspecto entre otros, es lo que implica la pérdida de motivación en el sujeto sobre salir adelante y el logro del éxito, es decir; que en algunos casos la falta de definir objetivos y metas, se relaciona con la interferencia emocional, ya

que al no concentrarse y no cumplir tareas, se experimentan emociones negativas; por lo tanto, no se pueden establecer metas y objetivos. Esto provoca que sus expectativas sobre el futuro, no le hacen posible vislumbrar que podrá alcanzar sus objetivos. Lo anterior lleva al sujeto a una evaluación negativa sobre su futuro y su bienestar, así como de su capacidad para sortear las dificultades en su vida. Añadido a lo anterior, los sentimientos que el sujeto tiene sobre el futuro no desempeñan un papel predictor en la generación de un estado de desesperanza en los sujetos, lo que se traduce en un mayor nivel de riesgo para cometer suicidio

## **Conclusiones**

Por todos estos componentes cognitivos y emocionales que tiene la desesperanza, y anudada a la desregulación emocional, la psicología los considera como uno de los factores más importantes de los últimos años en la ideación suicida, puesto que varias personas que tienen estos pensamientos han llegado al acto suicida, presentan un estado de pérdida de la motivación, de la esperanza de alcanzar los sueños, una renuncia a toda posibilidad de que las cosas salgan bien.

En resumen, la razón por la cual el suicidio persiste en la actualidad, aunque contraríe al instinto de supervivencia, es algo que no podemos concretar con fundamento científico; ya que en la base del acto suicida hay desencadenantes biológicos, psicológicos y sociales. Aún hoy en la actualidad es muy difícil entender el suicidio, pues es una conducta que resultaría imposible de explicar. Es algo inherente a la propia subjetividad humana precisamente porque el hombre posee una gran

plasticidad, a partir de la carga genética que porta y una prácticamente infinita capacidad de desarrollar nuevas subjetividades, más allá del determinismo o del libre albedrío.

Unos de los factores importantes de desarrollar y fortalecer según sea el caso en los adolescentes y que tiene mucho que ver con su desarrollo personal, metas y objetivo es la inteligencia emocional. Chan y Nock (2009), concluyen que la Inteligencia Emocional es un factor protector más no de riesgo en la ideación como de intentos suicida. Si bien es cierto, la inteligencia emocional se asocia con mayor bienestar psicológico, estabilidad y equilibrio emocional, no hay duda que un sujeto saludable emocionalmente no recurrirá a cualquier tipo de comportamiento de autolesión. Ya que se sabe que la inteligencia emocional tiene un papel protector que ejerce sobre todos aquellos elementos ambientales, sociales, de personalidad, cognitivas, entre otros.

Es relevante entender, que si el mundo, comprende al adolescente y facilita su tarea evolutiva, podrá desempeñarse correctamente, gozar de su identidad, de todas sus situaciones, para elaborar una personalidad feliz y sana. De lo contrario se proyectara en el adolescente las ansiedades y patologías del adulto, y se producirá una crisis de enfrentamiento generacional, que dificulta el procesos evolutivo y no permite el goce real de la vida, llevando de manera indirecta al adolescente a la ideación o acto suicida.

## Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A. y M. Knobel (1997), La adolescencia normal, Buenos Aires, Paidós.
- Ausubel, D. (1954) Theory and Problems of Adolescent Behaviour. Editorial Grune y Stratton, Nueva York, 1954.
- Basile, Héctor. (1998) El Suicidio en el Adolescente, Estadísticas Argentinas. Conceptos, Universidad del Museo Social Argentino, Año 73, número 2.
- Caballero, M.A., Ramos, L., González, C., Saltijeral, M.T. (2002) *Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. Psiquiatría, 18(3).*
- Cabrera, R, & Castillo, L. (2007) Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes, estudiantes de bachillerato, de la ciudad de San Juan de Pasto [Trabajo de grado en psicología]. Pasto: Universidad de Nariño; 2007.
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C., & Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. Salud mental, 31(3), 197
- Córdova, M. y Rosales, J. (2010). La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. Psicología y Salud, 20(2), 195-201.
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E. y Durán, J.S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Revista Cubana de Medicina General e Integral, 27(1), 33-41.
- Dolto, F. (1990), La causa de los adolescentes, Madrid, Seix Barral.
- Erikson, E. (1974) Identidad, juventud y Crisis. Editorial Paidós, Buenos Aires
- Frankl, V.E. (1997). Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial. Barcelona: Herder.
- Kaplan, Harold y Sadock, Benjamin. (1996). Manual de Psiquiatría de Urgencias, Editorial Médica Panamericana.
- Lutte, G. (1991) Liberar la Adolescencia. La Psicología de los jóvenes de Hoy. Biblioteca de Psicología. Herder.

- Barcelona,
- Martínez, A. Moracén, I. Madrigal, M. Almenarez, M. (1998).  
Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil.  
Revista Cubana de Medicina General Integral 14(6): 554-9
- Petrzelová, J. Chávez, N. Valdés, A. Elizondo, M. Carabaza J.  
Ewald, I. (2007). ¿Por qué y cómo se llega a la  
desesperanza? México. PYV
- Quintanar, F. (2007). Comportamiento suicida. México. Pax  
México.
- Quintanilla, R., Haro, L., Flores, M., Celis de la Rosa, A. y  
Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida.  
Investigación en Salud. 5(2), 113-116.
- Rich, A., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R., Jans F. (1992). Gender  
differences in the psychosocial correlates of suicidal  
ideation among adolescents. *Suicide and Life-  
Threatening Behavior*, vol. 22(3):364-373.
- Sánchez, R. Cáceres, H. Gómez, D. (2002). Ideación suicida en  
adolescentes universitarios. *Biomédica* 22:407-16
- Teraiza, E.; Meza, R. (2009). Factores psicosocioculturales y  
neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de  
revisión. <http://www.psiquiatria.com>, 13, 3.

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250206>
- [www.adolesc.org.mx/litcién/boletín/bolnvo10/suicidio.pdf](http://www.adolesc.org.mx/litcién/boletín/bolnvo10/suicidio.pdf) .  
2010, 12,17
- [www.inegi.org.mx/prod\\_serv/.../suicidio/2008/suicidios\\_2008.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/.../suicidio/2008/suicidios_2008.pdf) . 2011, 01, 04
- [www.psicologia-online.com/.../suicidio/preguntas.shtml](http://www.psicologia-online.com/.../suicidio/preguntas.shtml).  
2011, 01, 10