

María de Lourdes Pinto Loría
Amalia Viridiana Silva León
Isela Alejandra Moore Villanueva
Universidad Autónoma de Yucatán

Características psicosociales de los adolescentes yucatecos con y sin conducta suicida

Sinopsis

El propósito de esta investigación fue identificar las diferencias en las variables psicosociales de los adolescentes yucatecos que han tenido conducta suicida, con respecto a los que no la han tenido. La población estuvo conformada de 105 estudiantes inscritos en secundarias pertenecientes a dos ecosistemas (rural y urbano). Luego de un análisis factorial se estableció la comparación entre los grupos de estudio a través de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos de la muestra total revelaron diferencias significativas entre los sujetos con y sin ideación suicida y entre sujetos con y sin intento suicida. Lo anterior fundamenta la propuesta de capacitación de habilidades para la vida en adolescentes.

Abstract

The purpose of this research was to identify the differences in the psychosocial variables of Yucatecan adolescents who have had suicidal behavior from those who have not had it. A sample of 105 students was taken from secondary schools of two ecosystems (rural and urban). After a factorial analysis, the two groups were compared using the Mann Whitney non-parametric test. The results obtained from both groups show significant differences between subjects with and without suicidal thoughts, and subjects with and without suicide attempts. The outcome supports a proposal for a training program in life skills addressed to adolescents.

Términos clave: Investigación, Ideación suicida, Intento suicida, Adolescencia, Variables psicosociales, México.

Keywords: Research, Psychopathology, Adolescence, Educational psychosociology, Mexico.

Fecha de recepción: Febrero 2009

Fecha de aprobación: Julio 2009

Introducción

El suicidio conforme a Gutiérrez (2006), es el acto de matarse de forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí.

Pinto (2000) distingue por conductas suicidas a la ideación, ideas relativas al deseo de estar muerto o buscar una mejor vida a través de la muerte, la planeación que se refiere a la elección del método y la forma en la cual se pretende llevar a cabo el suicidio, el intento de suicidio o el acto incompleto. Conforme a la misma línea, la conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con muerte autoinflingida, es decir, el suicidio consumado. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; A pesar de que representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio (Peña, et. al. 2002).

Cabe mencionar que cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida (Lazard, 1988 en Macip, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González 2000).

De acuerdo a los datos epidemiológicos, el suicidio a nivel mundial es notable el incremento de su incidencia, particularmente en México ya se ha reportado como un problema de salud pública. Conforme a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), "en el año 2000, el suicidio o muerte por lesiones auto-inflingidas, alcanzó el mayor porcentaje (49%), seguido por las muertes por lesiones intencionales, y en orden descendente las muertes causadas por la violencia (32%) y por la guerra (19%). De acuerdo con esta fuente en el registro de los "cambios en los porcentajes de suicidio según edad estandarizada" (...) en los países con una población superior a los 100 millones de habitantes, México es el país que acusa el mayor incremento (+61.9% en el período 81-83/93-95)" (Chávez, Macías, Palatto y Ramírez, 2004).

De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), reporta que en algunos países el suicidio ha llegado a representar la segunda o tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. El INEGI (2000-2001) durante el año 2000 registró 429 intentos de suicidio, (...) en donde la población adolescente sobresalió en estos registros al protagonizar el 22% del total de los casos, de hecho, en las dos últimas décadas la frecuencia de conductas suicidas entre mujeres de 10 a 14 años aumentó en un 30.7%, mientras que entre los varones de la misma edad el incremento fue de 14.2% (Celis, 2003 en Chávez, Pérez, Macías y Páramo 2004). Según Chávez, 2008:

En el estado de Yucatán las estadísticas indican que en 2007 se registraron 128 eventos de este tipo, de los cuales 104 fueron por ahorcamiento, siete por armas de fuego y siete más por ingesta de alguna sustancia tóxica. Del total, 58 fueron en Mérida, ocho en Tizimín, siete en Kanasín, seis en Valladolid y cinco en Progreso. Otros datos indican que en el 93% de los suicidios las víctimas fueron varones y la edad con mayores eventos fue de 20 a 29 años (obtenido, 31 de Mayo del 2008 Diario de Yucatán, versión electrónica).

El incremento en las cifras de muerte por suicidio en la adolescencia resulta alarmante, sobre todo tratándose de una etapa tan temprana de la vida, lo cual ha dado lugar a diversos estudios para encontrar y analizar aquellos factores que determinan la intención y el acto suicida en la adolescencia. De acuerdo con Baron (2000), esta es una etapa que comprende un proceso intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar o social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente presenta un conflicto por obtener la autonomía aunque aún dependa de los padres y de otros adultos.

La búsqueda de la identidad y de la posición social es el eje en el que gira la mayor parte

de las decisiones y preocupaciones del adolescente (Baron, 2000).

En la adolescencia, específicamente, Sanz y Zamora (1993 en Pinto 2000) mencionan que los rasgos psicológicos más frecuentes en los adolescentes son la impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognitivo riesgoso e inflexible, labilidad emocional, sentimientos de soledad y rechazo. Diversas investigaciones mencionan que los rasgos de personalidad tales como la depresión, impulsividad, locus de control, depresión, actitudes vida/muerte, y autoestima propician la conducta suicida (Pinto 2000).

El enfoque psicosocial ofrece una visión interesante para abordar el estudio de la conducta suicida, surge a partir de los problemas de estrés sociales que grandes grupos de personas desfavorecidas, marginadas o vulnerables experimentan en las sociedades contemporáneas y de la necesidad de eliminar esos problemas y estrés a nivel social y/o dotar a esas personas de las competencias psicosociales precisas para enfrentarse a ellos (Sánchez, 1988 en Rosentreter, 1996), en este sentido se plantean diversas definiciones para las habilidades o competencias psicosociales, entre las cuales Fernández y Carrobes mencionan que "las habilidades sociales son la capacidad para percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás" (Hidalgo, 1991 en Rosentreter, 1996)

El enfoque de Habilidades para la vida (HpV) OMS/OPS (Mangrulkar, L., Whitman, C., Posner, 2001) plantea una iniciativa que tiene por objetivo fomentar en la población de niños y adolescentes las habilidades necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo; se refiere a un grupo genérico de habilidades o destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria. Esta propuesta asume que el desarrollo integral de niños, niñas y jóvenes, así como la prevención de problemas psicosociales, requiere la adquisición de competencias y habilidades específicas a nivel físico, psicológico, social, cognitivo, moral y vocacional (Mantilla, 2001).

Se identifican las siguientes habilidades:

- 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía)
- 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación)
- 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control).

Magrulkar, Whitman y Posner (2001), mencionan que los resultados de la evaluación de programas denotan que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo. Este trabajo parte de una investigación de mayor alcance relacionado con el desarrollo de un modelo de prevención del suicidio bajo en enfoque HpV y este trabajo formó parte de un estudio para conocer el patrón de conducta suicida de una muestra de adolescentes.

Método

Se realizó un estudio *ex post facto* de campo, transversal y exploratorio; a una muestra de adolescentes la cual estuvo conformada por 105 estudiantes, de 2º y 3º de secundaria, de dos ecosistemas (rural y urbano), el 51% fueron hombres y el 49% mujeres, el rango de la edad de los adolescentes era de 13 a 18 años con una media de 14.79, con una desviación estándar de 0.914.

El objetivo fue analizar si existen diferencias en las variables psicosociales seleccionadas para este trabajo entre el grupo con y sin conducta suicida; entendiendo por conducta suicida a los adolescentes que han presentado intento de suicidio e ideación suicida.

Instrumento

Se aplicó el Inventario de Medición de Riesgo Suicida (INMERSU) (Pinto, Serrano, Flores y Góngora 2008) el cual fue integrado para fines de una investigación más amplia denominada Riesgo e Intención de suicidio en adolescentes yucatecos: un modelo de prevención (Fomix-CONACYT 66071); del cual se analizaron las siguientes escalas:

1. Escala de actitud hacia la vida (Pinto, 1998),

Esta escala explora el proceso de vida quiere decir espontaneidad, vida creativa, flexibilidad y una orientación dinámica. Plantea que la buena vida es un proceso o dirección en la cual la persona esta participando plenamente según su verdadera naturaleza, cuya característica esencial es el proceso de libertad interior y la flexibilidad continua para seleccionar sus directrices.

Dicha escala se encarga de medir cuatro factores:

* Negación de la vida: se entiende como la ausencia de razones de vivir, pensar que la vida no tiene valor en sí misma, de modo que conduce a un sentimiento de resentimiento y/o desesperanza hacia ésta, así como a una falta de comprensión del sentido de vivir.

* Expectativas de vida: se refiere a la vida con orientación hacia el futuro con planes, opciones, metas y propósitos, así como la oportunidad de desarrollar de capacidades.

Valoración de la vida: es la percepción de que la vida tiene un sentido que impulsa a vivir.

* Motivación para vivir: se entiende como el deseo de vivir con posibilidad de alcanzar cosas que son gratificantes para el individuo.

2. Escala de estrés de SWS-Survey Survey- subescala de salud mental deficitaria (Gutiérrez, Contreras e Ito, 2003).

Incluye los síntomas clásicos y los reportes de dolencias físicas asociadas con inestabilidad emocional, disminución del tono emocional y comportamiento socialmente inapropiado, dañino y perjudicial, la cual esta integrado por los cuatro factores siguientes:

* Neuroticismo: en esta dimensión se concentran las consecuencias del estrés en un nivel menos patológico, como es el caso de quejarse sin necesidad, tener arranques emocionales o bien encerrarse en sí mismo.

* Somatización: son las consecuencias que tienen el estrés a nivel físico, como son los dolores de cabeza y dificultades para dormir.

* Psicoticismo: son las reacciones que desencadenadas por una carga grande de estrés, al grado de no poder prestar atención, escuchar voces y culpabilidad.

Depresión: hace énfasis en las reacciones que puede tener la persona a nivel emocional como la tristeza y/o depresión.

3. Escala de Autoestima de Rosemberg (en González-Forteza, 1996)

Establece que la autoestima es un constructo global relacionado con la valoración y los sentimientos de satisfacción que experimenta el individuo hacia el mismo, el cual esta conformado por los siguientes factores:

* Autoestima positiva: se refiere a la auto-descripción positiva de las características de personalidad, habilidades y actitudes.

* Autoestima negativa I: Se entiende como una autodescripción con tendencia a calificarse con menos valor que los demás.

* Autoestima negativa II: se refiere a la percepción de sí mismo con un ser limitado de las habilidades y/o capacidades para un desempeño exitoso.

4. Escala de Locus de Control de La Rosa (en González-Forteza, 1996)

Es un constructo psicológico que pretende explicar precisamente la percepción que tienen las personas con respecto a la fuente de control de los eventos que le afectan, ya sea a que las causas

a las que el individuo les adjudica la responsabilidad de su comportamiento dependen de la propia persona (internos) o que las encuentre en algún elemento fuera de sí (externos) (Girardi y Díaz-Loving, 1988 en Góngora Arjona 2000).

Consta de afirmaciones que involucran dos dimensiones: una de control externo (afectividad) y la otra de control interno (internalidad).

* Locus de control afectividad-suerte: Es la creencia de que el logro es explicado a través de cosas sobre las cuales no se tiene el control (suerte) o de creer que el logro está en función de un acercamiento emotivo hacia los demás (afectividad).

* Locus de control internalidad: creencia de que los logros y el éxito se alcanzan a través del propio esfuerzo.

5. Escala de riesgo de uso de drogas Drug Risk Scale (DRS). Se utilizó para medir impulsividad (Climent, Aragón y Plutckick en González-Forteza, 1996).

Esta variable es definida como aquellas conductas arriesgadas que ponen en peligro el bienestar propio y/o de los demás, llevadas a cabo por la persona, sin evaluar cognitivamente las consecuencias de sus actos.

Esta escala comprende un solo factor denominado impulsividad.

6. Escala de Ideación Suicida (Inventario de depresión de Beck; Beck y Beamesderfer, 1974; Beck y Beck, 1972).

* Ideación suicida: Se incluyen las ideas relativas al deseo de estar muerto o buscar una mejor vida a través de la muerte, la planeación que se refiere a la elección del método y la forma en la que se pretende llevar a cabo el suicidio.

7. Cuestionario de intento de conducta suicida (González-Forteza, 1996).

* Intento de suicidio: Es el acto incompleto, es decir, realizar el suicidio sin conseguir la muerte (Pinto, 2000).

Dicha escala consta de nueve reactivos, 5 de los cuales son de opción múltiple, 2 preguntas abiertas y 2 a modo de escala, en donde se cuestiona acerca de lo que sucedió alrededor del intento de suicidio, en caso de que esto haya ocurrido.

Procedimiento

La recolección de la información fue en dos sesiones, en ambas se les aseguró confidencialidad a los adolescentes, solucionando cualquier duda o comentario de los adolescentes, posteriormente a esto se dio una plática preventiva con el fin de erradicar cualquier efecto de la prueba.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Resultados

A continuación se presentan los resultados descriptivos obtenidos del análisis factorial en cada escala que compone las variables psicosociales; posteriormente se presentarán los resultados analíticos para los grupos que presentan ideación e intento suicida, versus quienes no lo presentan respectivamente.

Respecto a la actitud hacia la vida, en general la muestra reveló tener baja negación hacia la vida ($\bar{X}=1.87$), tienen altas expectativas de vida ($\bar{X}=4.60$), alta valoración de la vida ($\bar{X}=4.52$), al igual que una alta motivación para vivir ($\bar{X}=4.13$), tal como puede observarse en la tabla 1 de factores de la escala de actitud hacia la vida.

Tabla 1.
Escala de actitud hacia la vida.

NO.	Factor	Media	Desviación estándar	Cronbach 's Alpha
I	Negación de la vida	1.87	0.94	0.91
II	Expectativas de vida	4.60	0.82	0.93
III	Valoración de la vida	4.52	0.87	0.84
IV	Motivación para vivir	4.13	1.10	0.77

Rango teórico=5; media teórica=2.5

Por otro lado los resultados de la escala de Autoestima indican que en general la muestra de adolescentes yucatecos posee en el factor de autoestima positiva alta ($\bar{X}=3.46$) es decir, que sienten que tienen cualidades y están contentos con ellos mismos. En el factor de autoestima negativa I ($\bar{X}=3.16$) indica que tienden a sentir que valen menos que los demás, por otro lado se encontró indiferencia ante el factor de autoestima negativa II ($\bar{X}=2.19$) ver tabla 2.

Tabla 2
Escala de Autoestima de Rosenberg.

No.	Factor	No de reactivos	Media	Desviación estándar	Cronbach 's Alpha
I	Autoestima positiva	4	3.46	0.66	0.71
II	Autoestima negativa I	3	3.16	0.75	0.36
III	Autoestima negativa II	3	2.19	0.75	0.44

Rango teórico=4; media teórica=2

En cuanto al locus de control los datos señalaron que la muestra de adolescentes yucatecos tienden a explicar sus logros en función de su propio esfuerzo ($\bar{X}=3.57$) y menos con la suerte o de su relación afectiva con los demás ($\bar{X}=1.99$) (Ver tabla 3).

Tabla 3
Escala de Locus de Control de la Rosa.

NO.	Factor	No de reactivos	Media	Desviación estándar	Cronbach 's Alpha
I	Locus de control afectividad-suerte	8	1.99	0.66	0.86
II	Locus de control internalidad	4	3.57	0.68	0.81

Rango teórico=4; media teórica=2

Referente a la impulsividad se encontró que adolescentes yucatecos de la muestra, a veces realizan conductas de tipo impulsivas que ponen en riesgo su bienestar propio ($\bar{X}=1.78$) (ver tabla 4).

Tabla 4
Escala de impulsividad.

NO.	Factor	No de reactivos	Media	Desviación estándar	Cronbach 's Alpha
I	Impulsividad	5	1.79	0.79	0.85

Rango teórico=4; media teórica=2

Por otro lado los resultados revelan que los adolescentes de la muestra casi nunca se encuentran estresados ($\bar{X}=1.64$), ni somatizan el estrés ($\bar{X}=1.93$) y tampoco tienen conductas autodestructivas ni conductas depresivas ($\bar{X}=1.77$; $\bar{X}=2.07$) respectivamente. Ver tabla 5.

Tabla 5
SWS-Survey Salud mental deficitaria.

NO.	Factor	No de reactivos	Media	Desviación estándar	Cronbach 's Alpha
I	Neuroticismo	9	1.64	0.81	0.89
II	Somatización	3	1.93	1.01	0.76
III	Psicoticismo	3	1.77	0.96	0.74
IV	Depresión	3	2.07	0.91	0.56

Rango teórico1-5; media teórica= 2.5

Análisis del intento de suicidio

Con respecto a la pregunta ¿Has intentado suicidarte? en la muestra se encontró que el 84.8% (fc=89) nunca ha intentado suicidarse, mientras que el 5.7% lo ha intentado solo una vez (fc=6) (ver tabla 6), el rango de edad en que los adolescentes han intentado cometer la conducta suicida fue de los 8 a los 15 años, generalmente alrededor de los 12 años ($\bar{X}=12.75$) (ver tabla 7), la mayoría de los adolescentes que intentaron suicidarse creían que su muerte era improbable, o bien no pensaron en ello (fc=5, 4.8%); no importándoles si vivían o morían, (ver tabla 8 y 9).

Tabla 8
¿Pensaste que tu muerte era...?.

	Frecuencia	Porcentaje
Improbable o no pensaste en eso	5	4.8
Posible	2	1.9
Certera	3	2.9
No ha intentado suicidarse	95	90.5
Total	105	100.0

Tabla 9
Cuando lo intentaste....

	Frecuencia	Porcentaje
No querías morir	4	3.8
No te importaba si vivías o morías	6	5.7
Descabas morir	1	1.0
No ha intentado suicidarse	94	89.5
Total	105	100.0

Por lo anterior se puede observar que el intento de suicidio en la muestra de adolescentes estudiada fue de 9.5%.

Para responder al objetivo de la investigación se procedió a calcular la prueba U de Mann Whitney para cada una de las variables entre los grupos de estudio.

Los resultados indicaron diferencias significativas en los factores de negación de vida, perteneciente a la escala de actitud hacia la vida; autoestima positiva, perteneciente a la escala de autoestima; el neuroticismo, somatización y psicoticismo los cuales pertenecen a la escala de salud mental deficitaria (ver tabla 10).

Tabla 10
Variables psicosociales estadísticamente significativas para el intento de suicidio.

Variable psicosocial	Factor	Prueba de Mann-Whitney	Significancia
Actitud hacia la vida	Negación de vida	$U_{(n=105)}=220.000, gl=1$	0.044*
Autoestima	Autoestima positiva	$U_{(n=105)}=251.000, gl=1$	0.009**
Salud mental deficitaria.	Neuroticismo	$U_{(n=105)}=162.500, gl=1$	0.005**
	Somatización	$U_{(n=105)}=284.000, gl=1$	0.046*
	Psicoticismo	$U_{(n=105)}=266.000, gl=1$	0.024*

* $p < .05$, ** $p > .01$

Con respecto a la actitud hacia la vida, los adolescentes con intento de suicidio se caracterizaron por puntuaciones más altas en el factor de negación de vida, en comparación con el grupo de adolescentes que no presenta intento suicida ($\bar{X}=2.16$ y $\bar{X}=1.84$) respectivamente. También se halló una diferencia significativamente alta en la autoestima positiva, siendo los adolescentes que no han intentado suicidarse ($\bar{X}=3.51$) los que se definen más favorablemente que los que lo han intentado ($\bar{X}=2.95$) (ver tabla 11).

En la Salud Mental Deficitaria los resultados revelaron diferencias estadísticamente

significativas en los tres factores de la escala, en neuroticismo, somatización y psicoticismo, siendo los adolescentes que nunca han intentado suicidarse los que manifestaron tener menores puntuaciones ($\bar{X}=1.54$, $\bar{X}=1.84$ y $\bar{X}=1.65$), que los adolescentes que si lo han intentado ($\bar{X}=2.24$, $\bar{X}=2.43$ y $\bar{X}=2.30$). Lo cual revela la influencia que tiene la salud mental en el intento de suicidio en la adolescencia (ver tabla 11).

Tabla 11
Medias y desviaciones estándar de los factores que resultaron significativos.

Variable psicosocial	Intento suicida			
	Sin		Con	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Negación de vida	1.84	0.95	2.16	0.71
Autoestima positiva	3.51	0.65	2.95	0.72
Neuroticismo	1.54	0.74	2.24	0.88
Somatización	1.84	0.92	2.43	1.18
Psicoticismo	1.65	0.89	2.30	1.13

Análisis de la ideación suicida

Los resultados revelaron un 13.15% de ideación suicida en la muestra de adolescentes, mientras que el 86.50% no la presentan. Con respecto a la prueba estadística se observaron diferencias significativas en los factores de negación hacia la vida, autoestima positiva, locus de control afectividad-suerte y psicoticismo (ver tabla 12).

Tabla 12
Variables psicosociales estadísticamente significativas para la ideación suicida.

Variable psicosocial	Factor	Prueba de Mann-Whitney	Significancia
Actitud hacia la vida	Negación hacia la vida	$U_{(n=105)}=186.000, g=1$.002
Autoestima	Autoestima negativa I	$U_{(n=105)}=301.000, g=1$.004
Locus de control	Locus de control afectividad-suerte	$U_{(n=105)}=247.000, g=1$.006
Salud Mental deficitaria	Psicoticismo	$U_{(n=105)}=305.500, g=1$.038

* $p < .05$, ** $p < .01$

En cuanto al análisis realizado con los grupos se observó que en el factor de negación de vida, los adolescentes que han tenido algún tipo de pensamiento suicida están mas inclinados a negar la vida ($\bar{X}=2.45$), en comparación con los que no lo han tenido ($\bar{X}=1.68$); similarmente se encontró que en el factor psicoticismo, los adolescentes que han pensado en el suicidio tienen dificultades para recordar, tienden a culparse a sí mismos e imaginar cosas inexistentes ($\bar{X}=2.27$) mientras que para sus coetáneos que no lo han pensado tienen puntajes menores ($\bar{X}=1.64$). Los resultados arrojaron una mayor autoestima negativa entre el grupo sin ideación ($\bar{X}=3.32$), mientras que el grupo con ideación puntuó significativamente bajo en este mismo factor ($\bar{X}=2.74$), lo cual fue un hallazgo que habrá de explorarse en futuros análisis; De igual forma, con respecto al factor afectividad-suerte se observó que los sujetos sin ideación suicida se caracterizaron por la creencia de que el logro se obtiene a través de la suerte o que está en función de un acercamiento emotivo hacia los demás, es decir, tienen un locus de control externo ($\bar{X}=3.05$), lo cual difiere con aquellos sujetos que presentaron ideación suicida, ya que en los últimos éste factor su puntuación fue menor ($\bar{X}=2.51$) (ver tabla 13).

Tabla 13
Diferencias estadísticas de las variables psicosociales y la ideación suicida.

Discusión

El porcentaje del intento de suicidio en este estudio fue de 5.7% y de la ideación 13.15%, dichos resultados son están por arriba de lo reportado por otros estudios en donde revelaron que el 11.8% de los adolescentes de la muestra de estudio, presentaron síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días (González-Forteza, 1998).

Al observar las variables psicosociales que resultaron significativas para el intento de suicidio podemos constatar que la negación hacia la vida es un factor que discrimina entre sujetos con y sin intento, tal como lo reportado por (Cómez y Borges, 1986 y Terroba, 1987) quienes señalan que las expectativas bajas de vivir se relacionan ampliamente con el suicidio, en esta misma línea se relaciona con un sentimiento de ambivalencia entre el querer vivir o morir (Fuente, 1993; Heman, 1986).

Otros estudios como los de Cotton y Range (1993) contrario a lo reportado a este estudio, indican que las actitudes hacia la vida y hacia la muerte no fueron significativas para la conducta suicida; solamente fueron significativas la desesperanza y la repulsión hacia la muerte (...). Por otro lado, Payne y Range (1995 en Pinto, 2000) revelan que en los jóvenes las medidas de tendencia suicida fueron mejores predictoras del suicidio y que las actitudes hacia la vida/muerte podría tener un efecto en la conducta suicida; Ovuga y Mugisha (1990) por su parte encontraron que las actitudes negativas hacia la vida fueron los factores más importantes asociados con el riesgo.

Con respecto a la salud mental deficitaria, llama la atención que tres de sus factores puntúen significativos en el análisis de diferencias de intento de suicidio, el estudio de Macip, Díaz,

Variables psicosociales

Negación de vida
Autoestima negativa
Locus de control externo
Psicoticismo

Ortiz, González-Forteza y González (2000) reveló resultados similares en un estudio realizado con 423 estudiantes de secundaria donde obtuvieron altas correlaciones entre las escalas de estrés cotidiano social, malestar depresivo e ideación suicida (...) siendo que en los varones se encontraron correlaciones significativas con las manifestaciones de ánimo deprimido, mientras que en las adolescentes, se registraron correlaciones significativas entre el afecto negativo, las molestias psicósomáticas, los problemas en sus relaciones en sus relaciones interpersonales y la ideación suicida (Macip, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González 2000), donde cada uno de éstos síntomas están involucrados en los factores que resultaron significativos en la escala de salud mental deficitaria.

Respecto a la ideación suicida de nuevo resultó significativa la negación hacia la vida lo cual fortalece los resultados encontrados para el intento, por lo cual es posible afirmar que la actitud hacia la vida en general y la negación hacia la vida en particular, es una variable que permite diferenciar a los jóvenes con y sin conducta suicida; específicamente para la ideación el psicoticismo resultó el único factor significativo de la escala de salud mental deficitaria, lo cual es comprensible bajo el entendido que la conducta psicótica se caracteriza esencialmente por un grave deterioro en la evaluación de la realidad, la capacidad cognitiva disminuye, siendo posible que se presenten ideas delirantes o experiencias alucinatorias (American Psychiatric Association, 1994).

Otras variable de trascendencia para la ideación es la autoestima y el locus de control, la primera asociada a la autopercepción de los atributos de los sujetos, la cual tiende a variar dependiendo la conducta suicida que presente el sujeto y el locus de control que se asocia a aspectos más cercanos al estilo cognitivo de los sujetos manifestado en la forma en la que éstos explican sus éxitos o fracasos en la vida.

En este sentido, resulta que la salud mental es una variable importante para discriminar entre adolescentes que atraviesan por problemáticas que pueden conducirlos a una conducta suicida tales como el intento y la ideación; en general, se ha reportado que los jóvenes que se encuentran en un período emocional en el que son frecuentes la depresión y la ansiedad, donde el 81% presentaron altos puntajes de depresión relacionados con la ideación suicida como factor de riesgo (Roberts y Chen, 1995).

De acuerdo con Mangrulkar, et.al. (2001) para el año 2010 habrá más adolescentes con edades de 10 a 19 viviendo en el mundo que en cualquier otra época, y una gran proporción vivirá en Latinoamérica y el Caribe (LAC). Lo anterior puede plantearse como un regalo o una carga para los países, dependiendo de la capacidad de los gobiernos, comunidades y familias para desarrollar el potencial humano de esta generación.

Por lo tanto, los resultados de este estudio señalan la importancia de incorporar las características psicosociales de los adolescentes tales como la autoestima, el locus de control y la actitud hacia la vida en los programas de prevención de esta problemática y para promover la salud mental entre adolescentes. En este sentido se puede asumir que la capacitación en habilidades sociales, o como se conceptualiza actualmente las competencias psicosociales entre los que se encuentra el manejo de las emociones, solución de problemas y pensamiento crítico, entre otros, puede formar parte de una propuesta de intervención comunitaria de carácter preventivo que puede resultar provechoso dado que permitiría aspirar a un mayor nivel de compromiso de las partes afectadas, así como, constituir una forma genérica de base para el enfrentamiento de los problemas psicosociales, como para, la prevención de ellos cuando sea posible (Rosentreter 1996).

Para la promoción de la salud mental, la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2001) propuso una iniciativa para promover el desarrollo saludable de niños y adolescentes denominado Habilidades para la Vida que tiene como objetivo fortalecer los factores protectores del adolescente, promoviendo las competencias necesarias para lograr una transición saludable a la

madurez mediante la adopción de conductas positivas. En esta misma línea los resultados de éste estudio aportan información importante para la discriminación de factores protectores de la conducta suicida y fortalece la propuesta de HpV.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4ª ed.). Washington, EE. UU.: Autor.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 006, 48-69.
- Cotton, C.R., y Range, L.M. (1993). Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in children. *Death Studies*, 17, 185-191.
- Chávez, A., Macías, L., Palatto, H., Ramírez, L. (2004). Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud mental*, 27, (2), 15-20.
- Chávez, A. Pérez, R., Macías, L., Páramo, D. (2004) Ideación e intención suicida en estudiantes del nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta universitaria*. Septiembre-diciembre. Año/vol 14. Guanajuato. pp. 12-20.
- Chávez, J. Esfuerzos contra los suicidios. Yucatán sigue en los primeros lugares de ese problema social. (31 de mayo del 2008) *Diario Yucatán* [en red Recuperado de <http://www.diariodeyucatan.com.mx>]
- De la Fuente, (1993). Suicidio. *Revista de psicología*, 19, 2-9.
- Gómez, C. & Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud mental*, 1, (19). 45-54.
- Góngora, E. (2000). El enfrentamiento a los problemas y el papel del control, una visión etnopsicología en un ecosistema. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González-Forteza. El suicidio en adolescentes mexicanos. Tesis doctoral no publicada. UNAM.
- González-Forteza C., Berenzon-Gorn S, Tello-Granados A., Facio-Flores D y Medina-Mora I. (1998) Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex*, 40, 430-437.
- Gutiérrez, R., Contreras, C., Ito, M. (2003). *Salud mental, estrés y trabajo en profesionales de la Salud. Desarrollo y criterios de aplicación*. México: UNAM
- Gutiérrez, A., Contreras, C., Orozco, C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, (5) 66-74.
- Heman, A. (1986). Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. (Ponencia presentada en III Reunión de investigación y enseñanza). México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. (201-207)
- Oruga, E. Mugías, R. (1990). Actitudes y características psicológicas de individuos suicidas. *Crisis*. Vol II. pp 60-72. Resumen recuperado el 14 de diciembre del 2000 de la base de datos de Medline.
- Macip, S., Martínez, A., Ortiz, S. González-Forteza, C. y González, J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud mental*, 23, (2). 21-30.
- Mangrulkar, L., Whitman, C., Posner. (2001) Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Programas de Salud y Desarrollo Humano (SDH), una división de Education Development Center, Inc. (EDC).
- Mantilla L., (2001). Habilidades para vida, Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Colombia: Fe y Alegría.

- Pinto, L. (2000). Variables predictoras de la intención conductual de suicidio en adolescentes yucatecos mediante la teoría de acción razonada. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- Pinto, Serrano, Flores, Góngora. (2008). Inventario de Medición de Riesgo Suicida (INMERSU). Proyecto Fomix-CONACYT 66071.
- Rosentreter, J. (1996). Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario. Núm. 004. Viña del Mar, Chile. pp. 1-21.
- Terroba, G; Heman, A; Saltijeral, M. & Martinez, P. (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9, (1). 74-80.

DATOS DE LAS AUTORAS

María de Lourdes Pinto Loría
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Yucatán
lpinto@uady.mx

Amalia Viridiana Silva León
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Yucatán
viridianasilva@live.com.mx

Isela Alejandra Moore Villanueva
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Yucatán
iclamor@hotmail.com