

# EL CLAROSCURO

De la vida juvenil



Coordinador editorial  
Dr. med. Jaime Salvador Moysén

Esta publicación pudo concretarse gracias al apoyo financiero de las siguientes instituciones: Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango e Instituto Duranguense de la Juventud.

Diseño de la portada: Yurhaci Salvador Martínez

El contenido de este libro podrá ser reproducido parcial o totalmente siempre y cuando se cite al autor o autores.

Primera Edición, 2007

Universidad Juárez del Estado de Durango.

Rector

C.P. Rubén Calderón Luján.

Secretario General

Dr. Salvador Rodríguez Lugo

Instituto de Investigación Científica

Av. Universidad y Fanny Anitua Ap. Postal 385

Tels: 8 12 29 21, 8 13 32 33, 8 11 62 26

E-mails: [licujed@yahoo.com.mx](mailto:licujed@yahoo.com.mx)

[licujed@terra.com.mx](mailto:licujed@terra.com.mx)

Durango, Dgo., México.

ISBN 978-968-9304-21-0

Impreso y hecho en México.

# "EL CLAROSCURO DE LA VIDA JUVENIL"

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	1
<b>PRÓLOGO</b> .....	2
<b>1. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE</b> .....	4
Bienestar subjetivo y perspectivas de futuro como predictores de resiliencia en adolescentes .....	5
Una aproximación empírica al marco valorativo y niveles de autoestima en población adolescente de la ciudad de Durango .....	24
Eficiencia terminal en un bachillerato tecnológico. ¿cómo viven y piensan los jóvenes que no terminan? .....	38
Depresión en la Adolescencia: una Revisión de la Literatura .....	53
<b>2. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO</b> .....	68
El adolescente en riesgo .....	69
Embarazo adolescente y comportamiento sexual reproductivo en menores de edad en el municipio de Cajeme, Sonora .....	88
El vínculo en psicoterapia grupal breve con adolescentes embarazadas .....	99
Adolescentes con intento de suicidio: características individuales y familiares asociadas .....	118
Matices de género en la percepción del intento suicida de adolescentes estudiantes de la ciudad de México .....	141
Intención al suicidio: un pensamiento obsesivo en adolescentes .....	169
Suicidio en adolescentes yucatecos .....	174
<b>3. CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y ADICCIONES</b> .....	202
Consumo de cerveza en una muestra de estudiantes universitarios sonorense .....	203
Deficiencias cognitivas como correlatos de la conducta antisocial .....	216
Jóvenes infractores: un análisis del sistema reclusión-exclusión en grupos marginados .....	228
Adolescencia y violencia. La identificación con el agresor como una alternativa de existencia .....	234
Intervención psicoterapéutica en jóvenes consumidores de drogas .....	256



## PRESENTACIÓN

Después de muchas vicisitudes, este libro se publica como resultado del esfuerzo de un grupo de académicos mexicanos y sudamericanos interesados en los diferentes procesos del contexto sociocultural que de una manera u otra, afectan a la población juvenil. La semejanza de las problemáticas que enfrentan los jóvenes, independientemente del contexto geográfico o social en que se ubican, permite que el conocimiento y experiencias que se han obtenido en ámbitos distintos al propio, represente un capital teórico y empírico acumulable, que en el terreno práctico enriquece cognitivamente a los investigadores interesados en este campo y consecuentemente, posibilita el acortamiento de las brechas temporales entre la gestión del conocimiento y la implantación de políticas públicas que incidan positivamente en la diversidad de problemas que afectan a los jóvenes. Uno de los propósitos fundamentales de este esfuerzo colaborativo, es propiciar la conformación de una red de investigadores que mediante el trabajo colectivo, genere conocimiento aplicable a la diversidad de problemas de salud pública que enfrentamos en la actualidad.

Esta publicación cobra vida gracias a la inquietud y esfuerzo de Yolanda Martínez López, Angélica Lechuga Quiñones, Alberto Terrones González, Edgar Felipe Lares Bayona y Patricia Lorena Martínez Martínez, académicos del Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango, y por supuesto a la entusiasta respuesta de cada uno de los autores de los distintos capítulos que conforman este libro.

Dr. med. Jaime Salvador Moysén,  
Director del Instituto de Investigación Científica,  
Universidad Juárez del estado de Durango.

## PRÓLOGO

El Instituto de Investigación Científica se ha destacado por el profesionalismo de sus directivos, su personal académico y administrativo, quienes han desempeñado un liderazgo nacional en el área de salud reproductiva. He sido parte de la historia de este Instituto, como alumno y facilitador cuando realizaron talleres en epidemiología de la salud reproductiva, a nivel nacional y latinoamericano. Como resultado de este trabajo desde Durango se creó y lideró el Grupo Interinstitucional Mexicano de Investigación en Salud Reproductiva (GIMIESAR). Por este motivo es un doble honor para mí; haber participado en algunos proyectos de investigación conjuntos y ahora poder realizar el prólogo de este libro el cual representa años de esfuerzo grupal del Instituto de Investigación, en la Universidad Juárez del Estado de Durango.

"El Claroscuro de la vida juvenil" es un libro que nos presenta diversas facetas de la adolescencia en sus diferentes ámbitos de acción; que incluye desde el desarrollo del adolescente, sus factores de riesgo, conductas disruptivas y adicciones. Destacan aspectos relacionados con la resiliencia, sexualidad y autoestima, proyectos relacionados con riesgo y embarazo, y estudios que tratan temas relacionados con el intento suicida y suicidio; finalmente conductas relacionadas con la violencia e infracciones asociadas a consumo de derivados del alcohol, entre otros.

Años de esfuerzo y desvelos son acumulados en este documento que queda como testigo y evidencia de la generación de conocimientos de grupos de investigadores que decidieron caminar por este sendero, explorando a la problemática de los(as) adolescentes o relacionados con ellos(as) en diversos ámbitos geográficos de México y Sudamérica.

La adolescencia es una etapa de la vida llena de alegrías y desencantos, éxitos y frustraciones, de exposición a factores de riesgo y de resiliencia, de sueños y realidades, de lágrimas y risas, de ausencia y presencia de políticas públicas, de inclusiones y exclusiones de la sociedad. Lo que sucede en y con ellos es responsabilidad compartida de todos(as). Los(as) investigadores de este libro quienes nos comparten sus experiencias y hallazgos, han cumplido con esta publicación, parte de su compromiso con la sociedad, al darnos a conocer los "claros y oscuros" en la que se encuentran los(as) adolescentes aquí estudiados, de diversas poblaciones y circunstancias socioeconómicas.

Con el recorrido realizado desde diversos enfoques metodológicos, nos muestran la riqueza en el estudio de los(as) adolescentes, lo que nos orienta a dar diversas respuestas para la solución de los problemas descritos. Por lo que este libro se convierte en un recurso en la formación metodológica en investigación de profesionista de la salud. Pero cumple además, con el fortalecimiento de una de las funciones esenciales de la salud pública a fortalecer en México y Latinoamérica, "la Investigación en Salud Pública".

Dr. Noé Alfaro Alfaro

Presidente de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública  
Profesor Investigador del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

# 1. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

## Bienestar subjetivo y perspectivas de futuro como predictores de resiliencia en adolescentes<sup>1</sup>

Alicia Omar

CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), Argentina

### Resumen

El propósito de este estudio fue examinar la relación que existe entre resiliencia y bienestar subjetivo en adolescentes, explorando el rol de la orientación hacia el futuro en esa interacción. La muestra se conformó por 173 estudiantes argentinos de secundaria (94 mujeres y 79 hombres, con una edad media de 16.2 años). Todos los participantes fueron identificados por una particular situación de riesgo, de acuerdo con la perspectiva de sus maestros, aunque también mostraron una conducta resiliente al momento del estudio (considerando el puntaje alcanzado en la escala de Resiliencia de Wagnild y Young). Los resultados mostraron que las mismas dimensiones de Bienestar Subjetivo (apoyo familiar percibido, expectativas y logro, relaciones con el grupo primario y afectos positivos), así como las evaluadas por la escala de Bienestar Subjetivo de Nacpall y Sell, fueron positivas y se relacionaron significativamente con la resiliencia. Los análisis de regresión mostraron que la orientación hacia el futuro es un buen predictor de resiliencia, así como un mediador entre Bienestar Subjetivo y resiliencia. Esta investigación esclarece la importancia tanto de los factores protectores como de la orientación futura positiva en promover la sensación de bienestar la cual tiene una repercusión sobre la consecuente conducta resiliente. Las implicaciones de estos hallazgos para el desarrollo de una nueva agenda en este campo son discutidas.

**Palabras clave:** resiliencia, bienestar subjetivo, orientación hacia el futuro.

### Introducción

Resiliencia es un término proveniente de la física que hace referencia a la capacidad que tiene un cuerpo para recuperar su forma normal después de soportar una presión. Al incorporarlo a las ciencias del comportamiento fue definido como la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Por lo que resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, sino que más bien se relaciona con el poder de afrontar y recuperarse. La noción de resiliencia surgió casi por accidente, como una forma de explicar cómo los niños y jóvenes pertenecientes a grupos de riesgo enfrentaban algunos

<sup>1</sup>Correspondencia: Dra. Alicia G. Omar, Italia 1365, I-A, 2000 Rosario, Argentina; e-mail: agomar@conicet.gov.ar



estresores cotidianos (Anthony, 1987; Garnezy, 1985, 1994; Garnezy & Rutter, 1983; Werner & Smith, 1987). A partir de tales estudios surge un consistente e interesante hallazgo: aunque un cierto porcentaje de los niños y jóvenes en riesgo desarrollan una multiplicidad de problemas, un porcentaje importante se transforma en adultos competentes y saludables (Benard, 1991). Hallazgo que Rutter (1990) describe como "el fenómeno ubicuo de las diferencias individuales en las respuestas de la gente frente al estrés y la adversidad" (p. 118) y Masten, Best y Garnezy (1990) definen como resiliencia, o sea, como el proceso de, la capacidad para, o el resultado de, una adaptación exitosa a pesar de los desafíos de circunstancias amenazantes.

A partir de la evidencia incontrovertible que los adolescentes de hoy en día pueden vivir experiencias potencialmente más negativas (drogas, suicidio, violencia y similares) que los jóvenes de generaciones anteriores, los estudios posteriores se orientaron básicamente a la identificación de los factores que podían protegerlos frente a tales experiencias. En términos generales, se han tratado de investigaciones cualitativas, basadas en entrevistas o historias de vida de niños o adolescentes que habiendo crecido en grupos de riesgo no habían sucumbido y eran capaces de sobrevivir aparentemente inmunes a lo que les afectaba negativamente a sus pares. Análisis crítico de este cuerpo de conocimientos indican que los resilientes, a pesar de las adversidades de su entorno medioambiental, coinciden en señalar como responsables de su fortaleza a ciertos factores y procesos protectivos. Por lo que, simultáneamente a las tentativas de definición y operacionalización del constructo, los esfuerzos se han dirigido a la sistematización de los antecedentes y consecuencias de la resiliencia.

En este sentido, Thornberry, Huizinga y Loeber (1995) identifican a la familia y a la comunidad como los factores protectivos básicos, mientras que Gore y Eckenrode (1994) muestran que la escuela constituye una tercera fuente protectora, al observar que los jóvenes provenientes de hogares conflictivos y con desventajas suelen presentar características resilientes si concurren a escuelas que tienen buen nivel académico y maestros dedicados. Este conjunto de factores protectivos fueron posteriormente confirmados y extendidos por los estudios de Howard y Johnson (1999, 2000), de los que surge que la resiliencia de los adolescentes está determinada, principalmente, por los siguientes factores: a) eventos vitales críticos: separación de los padres, muerte de un familiar próximo, alta movilidad debido a los cambios de trabajo de los padres, contribuyen a la desconexión de los individuos y a su vulnerabilidad, mientras que oportunidades de

unirse y pertenecer a grupos de apoyo contribuyen a la resiliencia individual; b) factores personales: la combinación de características disposicionales positivas, estrategias personales de coping y creencias acerca de la eficacia personal favorecen la resiliencia individual; c) factores familiares: prácticas parentales consistentes, expectativas positivas y apoyo emocional y material promueven resiliencia; d) factores escolares: escuelas seguras, positivas y orientadas al logro ayudan a los adolescentes a desarrollar habilidades y competencias sociales, así como autonomía, autoestima y asertividad; e) factores de la comunidad: individuos y grupos dentro de la comunidad pueden ayudar a promover sentimientos de pertenencia y conexión que son centrales para el desarrollo de la resiliencia.

Paralelamente a la sistematización de los factores y procesos protectivos, otra línea de estudios ha estado abocada a elucidar las diferencias entre las estrategias de vida de los adolescentes resilientes y no resilientes, logrando trazar un panorama lo suficientemente completo como para subrayar que: a) los adolescentes resilientes hablan con orgullo sobre sus logros personales, habilidades y competencias, mientras que los no resilientes raramente lo hacen; b) los resilientes expresan un sentido de pertenencia y conexión a nivel individual, grupal e institucional, mientras que los no resilientes hablan menos y con menor confianza acerca de tales cosas; c) los resilientes demuestran un sentido de autonomía personal cuando hablan de sus vidas, mientras que los no resilientes muestran más sentimientos de fatalismo e impotencia y d) los resilientes tienen planes concretos y puntos de vista positivos acerca de su futuro, mientras que los no resilientes tienen una visión menos entusiasta del futuro y de cómo lo pueden enfrentar.

### **Resiliencia y bienestar subjetivo**

La constitución de la Organización Mundial de la Salud define "salud" como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de enfermedad. El concepto de bienestar incluye dos dimensiones básicas: la emocional, comprendida entre los polos de la afectividad positiva-afectividad negativa (Diener, 1984) y la cognitiva, referida a los juicios acerca de la satisfacción con la vida (Heady & Wearing, 1989). Desde esta perspectiva, el bienestar está íntimamente ligado al concepto de calidad de vida, el que por ser polimórfico cubre una variedad de áreas tales como percepción del bienestar físico, mental y social, sentimientos de felicidad, satisfacción y gratificación vinculados con la salud, familia, trabajo, situación financiera, oportunidades

educacionales, autoestima, creatividad, pertenencia y confianza en los demás (Davila & Sargent, 2003).

Todos los indicadores de bienestar del sujeto tienen un componente objetivo y otro subjetivo. Los componentes objetivos son conocidos generalmente por el término "estándar de vida" el que incluye aspectos tales como salud, consumo de alimentos, educación, ocupación, condiciones del hogar, seguridad social, vestimenta, recreación y tiempo libre. Los elementos subjetivos están vinculados a la sensación de bienestar experimentada por cada sujeto, ya que el individuo es considerado el mejor juez de su estado de bienestar. Pareciera que los sujetos construyen un patrón o estándar el que es percibido como apropiado para ellos y comparan las circunstancias de su vida con ese estándar. Por lo que el bienestar es una función del grado de congruencia entre los deseos y necesidades individuales por un lado y las oportunidades y demandas del medio ambiente por el otro.

La evidencia empírica disponible indica el creciente interés por desentrañar las vinculaciones entre determinados rasgos o características propias del bienestar subjetivo y su impacto sobre la resiliencia. En este sentido, investigaciones recientes han señalado relaciones positivas entre resiliencia y afectos positivos (Tugade & Fredrickson, 2004); optimismo (Grant & Higgins, 2003); apoyo social percibido (Charney, 2004) y estrategias de coping orientadas a la solución de problemas (Hatchett & Park, 2004). De manera similar, se han informado asociaciones negativas entre resiliencia y afectos negativos (Gross & John, 2003); ansiedad y miedos (Feltsten, 2004); depresión y pesimismo (Hawkins & Miller, 2003); hostilidad y problemas físicos (Johnson, 2003).

En sintonía con el aumento del interés por el estudio del bienestar subjetivo, desde comienzos de la década de los años 90 (Pavot, Diener, Randall Colvin & Sandvik, 1991) y hasta la fecha (Kashdan, 2004), han ido aparecido numerosas escalas tendientes a evaluar el constructo, aunque la Escala de Bienestar Subjetivo elaborada por Nagpal y Sell (1992) y orientada a medir bienestar subjetivo como indicador de calidad de vida, es una de las más empleadas tanto por sus bondades psicométricas como por el amplio espectro de factores que explora. La mencionada escala explora 11 dimensiones del bienestar subjetivo, operacionalizadas de la siguiente manera:

- Bienestar general vinculado a afectos positivos: referida a elevados sentimientos de bienestar, como reflejo de una percepción alegre y placentera de la vida.

- Correspondencia entre expectativas y logros: referida a los sentimientos de bienestar generados por el logro de éxitos y de un nivel de vida acorde a las expectativas.
- Confianza en afrontar dificultades: vinculada con la autopercepción de tener una personalidad fuerte y la suficiente habilidad para manejar situaciones críticas o inesperadas.
- Trascendencia: refleja sentimientos de bienestar generados por valores espirituales y pertenencia a grupos primarios.
- Apoyo del grupo familiar: referida a los sentimientos positivos derivados de la percepción de la familia nuclear como fuente incondicional de apoyo, unión y contención emocional.
- Apoyo social: referida a los sentimientos de seguridad y apoyo percibido por parte del medio social en el que cada uno se desenvuelve.
- Relaciones con el grupo primario: vinculada con las relaciones con el grupo familiar íntimo.
- Inadecuado manejo mental: referida a la falta de capacidad o control deficiente en el manejo de ciertos aspectos de la vida cotidiana que son capaces de producir desequilibrios mentales. Este factor es similar a la falta de confianza en sí mismo y está vinculado con la irritabilidad en los sujetos neuróticos.
- Percepción de problemas de salud: vinculada con la preocupación por la salud y el bienestar físico.
- Contactos sociales deficientes: referida a los sentimientos de preocupación, disgusto y pena por haber perdido amigos.
- Bienestar general vinculado a afectos negativos: referida a elevados sentimientos de malestar, como reflejo de una percepción negativa y pesimista de la vida.

A la luz de tales indicadores operacionales y de la evidencia empírica reseñada, se hipotetiza que:

Hipótesis 1: las dimensiones referentes al bienestar subjetivo (componentes 1 a 7 de la Escala de Bienestar Subjetivo de Nagpal y Sell), surgirán como buenos predictores de resiliencia en adolescentes.

Hipótesis 2: las dimensiones referentes al malestar subjetivo (componentes 8 a 11 de la Escala de Bienestar Subjetivo de Nagpal y Sell), surgirán como buenos predictores de la falta de resiliencia en adolescentes.

### Resiliencia y orientación hacia el futuro

La orientación hacia el futuro ha sido definida como las actitudes y expectativas individuales acerca de la construcción de eventos futuros (Nuttin, 1985), o como la habilidad para conectar la educación que se está recibiendo con los objetivos y ambiciones futuros (Nurmi, 1991). Se trata de un concepto multidimensional, intercambiable con el de perspectivas de futuro, que incluye dimensiones tales como realismo, planificación y sentido del control. De acuerdo con Nurmi (1991; Nurmi, Poole & Kalakoski, 1994), las esperanzas y expectativas del sujeto acerca de su futuro influyen en su comportamiento presente y se vinculan con las decisiones acerca de su propia familia, educación y carrera.

Orientación hacia el futuro ha sido estudiada a través de los sexos (Greene & Wheatley, 1992), nivel socioeconómico (Nurmi, 1987, 1989) y etnicidad (Seginer, Trommsdorff & Essau, 1993; Zimbardo, 1994). Los resultados de tales investigaciones han mostrado que las mujeres tienden a focalizar más sobre objetivos inmediatos y son más pesimistas en cuanto a su futuro personal que los varones; mientras que los grupos minoritarios y de bajos ingresos tienden a tener una limitada visión de futuro. Según Zimbardo (1994) y Nurmi (1991) los problemas sociales tales como altos niveles de desempleo, racismo y experiencias de opresión a menudo restringen las perspectivas de futuro, y los miembros de grupos culturales en desventaja por lo general limitan su planificación al presente o a la consecución de objetivos inmediatos. La orientación hacia el presente está asociada con la incapacidad para diferir las recompensas, limitados logros académicos y elevadas conductas de riesgo (Anderman, Anderman & Griesinger, 1999), mientras que la orientación hacia el futuro se asocia con el desarrollo de la confianza en los demás y las creencias acerca de la predecibilidad y control de las personas y la naturaleza. Aspectos que, según Zimbardo (1994), requieren crecer en una familia y en una comunidad caracterizada por algún grado de estabilidad (económica, social, política y psicológica); atributos ajenos a los pobres, los inmigrantes, los abusados y los rechazados.

La orientación hacia el futuro se asocia con una amplia gama de resultados positivos entre los adolescentes, mientras que la falta de una orientación hacia el futuro ha sido asociada con delincuencia y otras conductas desviadas. En este sentido, se han encontrado vinculaciones positivas entre perspectivas de futuro y elevado desarrollo

socioemocional (Lengua, 2003); ajuste y pertenencia a la escuela (Anderman, Anderman & Griesinger, 1999); logros académicos (Meyer & Krumm-Merabet, 2003); optimismo (Kazarian & Martin, 2004) y, asociaciones negativas, con consumo de droga (Giancola, 2003); consumo de alcohol (Ham & Hope, 2003); prácticas de conducción riesgosas (Robbins & Bryan, 2004) y similares conductas de riesgo.

Investigaciones recientes indican que muchos adolescentes pertenecientes a grupos de riesgo dicen no tener tiempo de pensar acerca del futuro a causa de las presiones cotidianas y las preocupaciones familiares, en tanto que los adolescentes resilientes tienen planes concretos acerca de su futuro (Kerpelman & Mosher, 2004). Tales evidencias permitirían presuponer que la orientación hacia el futuro podría ser considerada como un indicador de resiliencia desde el momento que funcionaría como un factor protector entre jóvenes que experimenten adversidades o vivan amenazados por la presión de diferentes factores negativos. Por lo tanto, se hipotetiza que:

Hipótesis 3: la orientación hacia el futuro emergerá como un buen predictor de la resiliencia en adolescentes.

Hipótesis 4: la orientación hacia el futuro mediará las relaciones entre bienestar subjetivo y resiliencia en adolescentes.

## Método

### Sujetos:

Se estudió una muestra integrada por 173 adolescentes resilientes (94 mujeres y 79 varones), alumnos de los tres últimos años del ciclo secundario, asistentes a escuelas públicas y privadas de la ciudad de Rosario (Argentina), con una edad promedio de 16,2 años. La selección de la muestra estuvo a cargo de los propios docentes, con quienes se mantuvieron reuniones informativas a efectos de unificar los criterios acerca de la resiliencia, instruirlos para que identificaran a los estudiantes en riesgo que exhibieran conductas resilientes al momento del estudio y les aplicaran la escala de Resiliencia, desarrollada por Wagnild y Young, compuesta por 25 oraciones afirmativas, con formato Likert de 5 puntos, variando desde "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo". Los alumnos seleccionados fueron contactados en sus respectivas escuelas (9 escuelas públicas y 6 escuelas privadas). Luego de hacerles conocer los objetivos de la investigación se los invitó a participar en el estudio, garantizándole la confidencialidad de

la información a suministrar. Sólo participaron del estudio aquellos alumnos que obtuvieron en la escala de resiliencia puntajes superiores a 98 puntos (equivalente a la media grupal más una desviación típica) y contaron con la respectiva autorización por parte de sus padres o tutores.

### **Instrumentos:**

**Variables personales:** a cada alumno se le solicitó información acerca de su edad, sexo, tipo de escuela y curso. La edad fue medida por extenso. Sexo y tipo de escuela fueron operacionalizadas como variables dummy: (1= varón, 2= mujer) y (1= pública y 2= privada), respectivamente. El curso fue medido con una escala de tres puntos (1= tercer año, 2= cuarto año y 3= quinto año).

**Bienestar subjetivo:** fue explorado mediante la Escala de Bienestar Subjetivo (SUBI: Subjective Well-Being Inventory, desarrollada por Nacpal & Sell, 1992). El instrumento contiene 40 ítems (Anexo) con formato Likert (1= casi siempre, 3= casi nunca) y evalúa las 11 dimensiones, ya descritas, del bienestar como indicador de calidad de vida. Excepto las dimensiones de Percepción de problemas de salud e Inadecuado manejo mental, las que son medidas a través de 6 y 7 ítems respectivamente, las restantes dimensiones son exploradas mediante 3 ítems cada una. La consistencia interna (alpha de Cronbach) de cada subescala informada por los autores varía entre  $\alpha = 0.78$  y  $\alpha = 0.92$  y la obtenida en el presente estudio, varió entre  $\alpha = 0.74$  y  $\alpha = 0.97$ .

**Orientación hacia el futuro:** fue evaluada a partir de la combinación (en un índice único) de las respuestas frente a los siguientes tres ítems: 1) ¿cómo pensás que será tu futuro profesional dentro de 5 años?, 2) ¿cómo pensás que será tu futuro laboral dentro de 5 años? Y 3) ¿cómo pensás que será tu futuro familiar dentro de 5 años?, frente a los que el sujeto disponía de una escala tipo Likert de tres puntos (1= mejor, 2= igual y 3= peor) para dar su respuesta. La elección de los ítems se basó en el conjunto de comportamientos objetivo denominado "prototipo cultural adolescente" (Numi, 1991). En este sentido, Numi (1991, p. 27) señala que, "la gente joven primero espera terminar su educación, luego obtener un empleo y, finalmente, formar una familia", lo que le lleva a concluir que, entre los adolescentes, los objetivos y expectativas hacia el futuro se nuclean en 3 categorías principales: estudio, trabajo y familia.

### **Resultados**

Las hipótesis 1, 2 y 3 fueron evaluadas mediante un análisis de regresión múltiple stepwise (Tabla 1). Para la ejecución de dicho análisis se ingresaron, en el primer paso, las variables sociodemográficas de los alumnos (edad, sexo, curso y tipo de escuela); en el segundo paso, las dimensiones de bienestar subjetivo (componentes 1-7 de la escala de Nagpal & Sell); en el tercer paso, las dimensiones de malestar negativo (componentes 8-11 de la escala de Nagpal & Sell) y, finalmente, en el cuarto paso, la orientación hacia el futuro. Tales variables desempeñaron el rol de independientes o predictores, en tanto que la condición de resiliencia adoptó el rol de variable dependiente o explicada.



**TABLA 1. Análisis de regresión step-wise (o por pasos). Variable dependiente: Resiliencia**

		VARIABLE DEPENDIENTE	
		RESILIENCIA	
VARIABLES PREDICTORAS	$\beta$ estandarizada	F	
<b>Primer paso (variables sociodemográficas)</b>			
Intercepción	.600**	.0001	
Edad	-.102	n.s.	
Sexo	-.333**	0.01	
Curso	-.107	n.s.	
Tipo de escuela	.232*	0.05	
R <sup>2</sup>	.278		
$\Delta R^2$	.249		
F	16.481	0.0000	
g.l.	199 (4)		
<b>Segundo paso (dimensiones del bienestar subjetivo)</b>			
Afectos positivos	.324**	0.01	
Expectativas y logros	.579**	0.01	
Confianza en afrontar dificultades	.198*	0.05	
Trascendencia	.124*	0.05	
Apoyo del grupo familiar	.687**	0.01	
Apoyo social	.475**	0.01	
Relaciones con el grupo primario	.454**	0.01	
R <sup>2</sup>	.529		
$\Delta R^2$	.501		
F	16.118	0.0000	
g.l.	162 (11)		
<b>Tercer paso (dimensiones del malestar subjetivo)</b>			
Inadecuado manejo mental	-.449**	0.01	
Percepción de problemas de salud	-.124*	0.05	
Contactos sociales deficientes	-.303**	0.01	
Afectos negativos	-.467**	0.01	
R <sup>2</sup>	.549		
$\Delta R^2$	.506		
F	9.285	0.0000	
g.l.	158 (15)		
<b>Cuarto paso (Orientación hacia el futuro)</b>			
Orientación hacia el futuro	.679**	0.01	
R <sup>2</sup>	.693		
$\Delta R^2$	.656		
F	9.285	0.0000	
g.l.	157 (16)		

\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p < 0.01$

En el primer paso, las variables sociodemográficas sexo y tipo de escuela contribuyeron significativamente a la ecuación de regresión, explicando casi el 25% ( $\Delta R^2 = .249^{**}$ ) de la varianza de la resiliencia. En el paso 2, las dimensiones del bienestar subjetivo, contribuyeron con un 2.5% más a la varianza total (.501 - .249 = .252), alcanzando el cambio en  $R^2$  (.529 - .278 = .251) significación estadística ( $p < 0.01$ ). Cuando se incorporaron al modelo las dimensiones del malestar subjetivo en el paso 3, sólo agregaron un 0.5% a la explicación de la varianza total (.506 - .501 = .05), no alcanzando el cambio en  $R^2$  (.549 - .529 = .020) niveles de significación estadística. Finalmente, al incorporar la dimensión de orientación hacia el futuro en el cuarto paso, ésta contribuyó con un 1.5% adicional a la varianza total (.656 - .506 = .150), alcanzando el cambio en  $R^2$  (.693 - .549 = .144) significación estadística ( $p < 0.01$ ). Las variables predictoras, en total, explicaron casi un 30% (25% + 2.5% + 0.5% + 1.5% = 29.50%) de la varianza y los valores (y signos) de los coeficientes beta estandarizados ( $\beta$ ) indican que las variables sexo (varón), tipo de escuela (privada), componentes del bienestar subjetivo (apoyo del grupo familiar, correspondencia entre expectativas y logros, relaciones con el grupo primario, apoyo social percibido y afectos positivos, en ese orden) y orientación hacia el futuro son los mejores predictores de resiliencia entre los adolescentes, en tanto que los componentes del malestar subjetivo (dados los signos negativos de los correspondientes coeficientes beta estandarizados) surgen como predictores de falta de resiliencia. Tales resultados dan apoyo total a las tres primeras hipótesis planteadas.

La hipótesis 4, que hacía referencia al papel mediador de la orientación hacia el futuro en las relaciones entre bienestar subjetivo y resiliencia, fue evaluada mediante un análisis de regresión mediada. Para la determinación de la mediación se optó por el procedimiento recomendado por Baron & Kenny (1986), consistente en tres pasos sucesivos: primero, el mediador es regresado sobre la variable independiente; segundo, la variable dependiente es regresada sobre la variable independiente y, finalmente, la variable dependiente es regresada simultáneamente sobre la variable independiente y el mediador. Para que exista mediación se deben dar las siguientes relaciones: en la primera ecuación, la variable independiente debe tener efecto significativo sobre el mediador. En la segunda ecuación, la variable independiente debe tener efecto significativo sobre la variable dependiente. Y en la tercera ecuación, el mediador debe tener efecto significativo sobre la variable dependiente. Además el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente debe ser menor en la tercera que en la segunda ecuación. Para la

determinación de la mediación, en el presente estudio, la orientación hacia el futuro adoptó el rol de variable mediadora, el bienestar subjetivo (considerado como un índice único a partir de la combinación de los puntajes de los primeros siete componentes de la escala de Nacpal y Shell) desempeñó el rol de variable independiente y la resiliencia fue ingresada como variable dependiente.

**TABLA 2. Análisis de regresión mediada. Variable dependiente: Resiliencia**

VARIABLES PREDICTORAS	V. MEDIADORA		VARIABLE DEPENDIENTE	
	Orientación futuro (1ª ecuación)	Resiliencia (2ª ecuación)	Resiliencia (3ª ecuación)	
	$\beta$ estandarizada	$\beta$ estandarizada	$\beta$ estandarizada	
Intercepción	.000**	.000**	.000**	
Edad	.178*	.022	.036	
Sexo	-.235	-.276	-.251	
Curso	.081	.067	.044	
Escuela	.221	.295	.193	
Bienestar subjetivo	.642**	.403**	.318	
Orientación futuro	—	—	.538**	
R <sup>2</sup>	.428	.318	.409	
$\Delta$ R <sup>2</sup>	.397	.306	.390	
F	9.142**	10.421**	7.835**	
gl	5	5	6	

\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p < 0.01$

En la Tabla 2 se pueden observar las siguientes relaciones: en la primera ecuación, la variable independiente (bienestar subjetivo) tiene una relación positiva y significativa con el mediador (orientación hacia el futuro). En la segunda ecuación, la variable independiente, también presentan una asociación positiva y significativa con la variable dependiente (resiliencia). En la tercera ecuación, cuando el bienestar subjetivo y la orientación hacia el futuro son regresadas simultáneamente sobre la resiliencia (variable dependiente), el efecto de la orientación hacia el futuro es muy significativo, mientras que el efecto del bienestar subjetivo se transforman en no significativo, dándole total apoyo al efecto mediador de la orientación hacia el futuro sobre la resiliencia (hipótesis 4).

### Conclusiones

En coincidencia con las observaciones de Howard y Johnson (1999; 2000), del presente estudio surge que la familia, la comunidad y la escuela constituyen los principales factores protectivos durante la adolescencia. El hecho que las dimensiones de apoyo percibido por

parte del grupo familiar, correspondencia entre expectativas y logros, relaciones con el grupo primario y apoyo social percibido hayan surgido como los componentes del bienestar subjetivo que mejor explican la resiliencia, así lo está demostrando. Estos resultados constituyen indicadores importantes del rol que juega la familia y la escuela en el desarrollo de habilidades y atributos resilientes. En este sentido, y dado el peso asignado por los adolescentes a su grupo familiar inmediato, podría pensarse que, a pesar de las dificultades medioambientales, la familia constituye el microsistema privilegiado para la promoción de características y creencias resilientes.

A su vez, y dado que los adolescentes invierten buena parte de su tiempo en el ámbito escolar, la escuela también podría contribuir a desarrollar hábitos, atributos y características que promuevan la resiliencia en la vida de la gente joven. Por lo que las escuelas verdaderamente pueden hacer la diferencia, tal como lo señala Dávila y Sargent (2003). Si bien podría pensarse que enseñar para el logro y la autonomía es el objetivo de la escuela, investigaciones recientes (Charney, 2004; Gant & Higgins, 2003; Tugade & Fredrickson, 2004) sugieren que para algunas escuelas, especialmente aquellas enclavadas en áreas carecientes, estos objetivos han caído a las últimas posiciones de las listas de prioridades. Pareciera que los maestros se han visto forzados a abandonar esta prioridad central porque los problemas presentes de sus estudiantes, tanto sociales como conductuales, le absorben la mayor parte de su tiempo y energía. Las escuelas pueden recuperar el objetivo de ayudar a los estudiantes a lograr autonomía y competencias no sólo favoreciendo los logros académicos, sino también ayudándoles a desarrollar el sentido de pertenencia y el aprendizaje de habilidades sociales.

Los afectos positivos y la confianza para afrontar dificultades son otros componentes del bienestar subjetivo que contribuyen a explicar la resiliencia entre los adolescentes. Al respecto es importante que tanto la familia como la escuela adviertan el valor que los lazos emocionales tienen para los niños y los jóvenes. Muchos adolescentes no resilientes se quejan por ser ignorados por sus maestros y recibir poco apoyo afectivo por parte de sus padres. Por lo que tanto padres como maestros deberían ser cuidadosos en el manejo de las expectativas adolescentes, favoreciendo la autoestima y la consecuente resiliencia. La enseñanza de comportamientos asertivos que favorezcan la confianza en sí mismos es otro de los desafíos cruciales de padres y escuelas orientadas al desarrollo de la resiliencia. Sobre todo por que se ha observado que los estudiantes no resilientes se involucran en mayor cantidad de conflictos violentos que los resilientes. Los adolescentes

necesitan aprender a controlar las situaciones conflictivas de una manera socialmente aceptable, por lo que los esfuerzos deberían centrarse en la enseñanza explícita de estrategias conductuales para la resolución de conflictos.

Las fuertes asociaciones observadas en el presente estudio entre orientación hacia el futuro y resiliencia vuelven a poner a los padres y educadores en el centro de la escena. A los padres, por que se ha demostrado que su estilo de vida (Numi et al., 1994) actúa como un prisma en el que se reflejan las aspiraciones de sus hijos, y a los educadores, por que más que enseñar meros contenidos curriculares, deberían mostrar la aplicación concreta de cada tema impartido en el aula con el mundo del trabajo. Estudios previos (Robbins & Bryan, 2004), han señalado que los adolescentes que reportan un clima familiar negativo en su casa y no perciben la conexión entre la práctica concreta y lo aprendido en la escuela, son menos resilientes y tienen una visión más pesimista y desesperanzada de su futuro. Los esfuerzos de la familia, la escuela y la comunidad por desarrollar una actitud positiva hacia el futuro en los adolescentes deberían ser un imperativo desde la niñez, ya que según Oppenheimer (1987), los niños comienzan a adquirir un claro sentido del futuro aproximadamente a partir de los 12 años de edad.

Las vinculaciones observadas entre bienestar subjetivo y resiliencia estarían indicando que el apoyo emocional dentro del hogar y los intercambios sociales positivos dentro de la escuela influirían significativamente sobre la capacidad de los adolescentes para afrontar situaciones amenazantes y salir fortalecidos. A su vez, la orientación hacia el futuro actuaría como mediador en tales relaciones, desde el momento que una perspectiva positiva y planes definidos acerca del futuro contribuirían a aumentar la sensación de bienestar con la consecuente repercusión sobre los comportamientos resilientes.

Los resultados obtenidos indican que una agenda para futuras investigaciones en el área debería incluir, al menos: a) el análisis del rol modelador de los padres en la orientación hacia el futuro de sus hijos y b) la enseñanza de medios efectivos por parte de los educadores para aumentar las perspectivas de futuro y proveer las oportunidades para que todos los adolescentes desarrollen atributos y características resilientes.

### Referencias bibliograficas

- Anderman, E.M., Anderman, L.H. & Griesinger, T. (1999). The relation of present and possible academic selves during early adolescence to grade point average and achievement goals. *The Elementary School Journal*, 100, 3-17.
- Anthony, E.J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: An overview. In E. Anthony & B. Cohler (Eds.) *The Invulnerable Child*. New York: The Guildford Press.
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: protective factors in the family, school and community*. Portland: Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.
- Davila, J. & Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predicts changes in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1383-1395.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575
- Felsten, G. (2004). Stress reactivity and vulnerability to depressed mood in college students. *Personality and Individual Differences*, 36, 789-800.
- Garnezy, N. & Rutter, M. (1983). *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Garnezy, N. (1985). Stress resistant children: the search for protective factors. In J. Stevenson (Ed.) *Recent research in developmental psychology*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Book Supplement No. 4)
- Garnezy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. Haggerty et al. (Eds.) *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Giancola, P.R. (2003). Constructive thinking, antisocial behavior, and drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. *Personality and Individual Differences*, 35, 1315-1330.
- Gore, S. & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. Haggerty et al. (Eds.) *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press

- Grant, H. & Higgins, E.T. (2003). Optimism, promotion pride, and prevention pride as predictors of quality of life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1521-1532.
- Greene, A.L. & Wheatley, S.M. (1992). I've got a lot to do and I don't think I'll have the time: Gender differences in late adolescents' narratives of the future. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 667-686.
- Gross, J.J. & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Ham, L.S. & Hope, D.A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 719-759.
- Hatchett, G.T. & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36, 1755-1769.
- Hawkins, M.T. & Miller, R.J. (2003). Cognitive vulnerability and resilience to depressed mood. *Australian Journal of Psychology*, 55, 176-183.
- Heady, B. & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being. Towards a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 731-739.
- Howard, S. & Johnson, B. (1999) Tracking student resilience. *Children Australia*, 24, 14 - 23.
- Howard, S. & Johnson, B. (2000) What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for students at risk. *Educational Studies*, 26, 321- 327.
- Johnson, M. (2003). The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints?. *Personality and Individual Differences*, 35, 877-887.
- Kashdan, T.B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36, 1225-1232.
- Kazarian, S.S. & Martin, R.A. (2004). Humour styles, personality, and well-being among Lebanese university students. *European Journal of Personality*, 18, 209-219.
- Kerpelman, J. & Mosher, L. (2004). Rural African American adolescents' future orientation: the importance of self-efficacy, control, responsibility, and identity. *Development Identity*, 4, 187-208

- Lengua, L.J. (2003). Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems, and positive adjustment in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology, 24*, 595-618.
- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.
- Meyer, T.D. & Krumm-Merabet, C. (2003). Academic performance and expectations for the future in relation to a vulnerability marker for bipolar disorders: the hypomanic temperament. *Personality and Individual Differences, 35*, 785-796.
- Nagpal, J. & Seil, M. (1992). *Handbook of The Subjective Well-Being Inventory*. Nepal: World Health Organization.
- Nurmi, J.E., Poole, M., & Kalakoski, V. (1994). Age differences in adolescent future oriented goals, concerns, and related temporal extension in different sociocultural contexts. *Journal of Youth and Adolescence, 23*, 471-487.
- Nurmi, J.E. (1987). Age, sex, social class, and quality of family interactions as determinants of adolescents' future orientation: A developmental task interpretation. *Adolescence, 22*, 977-991.
- Nurmi, J.E. (1989). Development of orientation to the future during early adolescence: A four-year longitudinal study and two cross-sectional comparisons. *International Journal of Psychology, 24*, 195-214.
- Nurmi, J.E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning?. *Developmental Review, 11*, 1-59
- Nuttin, J.E. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Oppenheimer, L. (1987). Cognition and social variables in the plan of action. In S. H. Freedman, E. Kofsky-Scholnick & R. R. Cocking (Eds.) *Blueprints for thinking: the role of planning in cognitive development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pavot, W., Diener, E., Randall-Colvin, C. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 57*, 149-161.
- Robbins, R.N. & Bryan, A. (2004). Relationships between future orientation, impulsive sensation seeking, and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research, 19*, 428-445.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.) *Risk and protective*



- factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press
- Seginer, R., Trommsdorff G. & Essau, C. (1993). Adolescents' control beliefs: Cross-cultural variations of primary and secondary orientations. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 242-260.
- Thornberry, T., Huizinga, D. & Loeber, R. (1995) The prevention of serious delinquency and violence. In J. Howell and B. Krisberg (Eds.) *A sourcebook: serious, violent and chronic juvenile offenders*. New York: Sage
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing measurement*, 1, 165-178.
- Werner, E. & Smith, R. (1987) *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister and Cox.
- Zimbardo, P. (1994). Foreword. In Z. Zaleski (Ed.) *Psychology of future orientation*. Lublin: Scientific Society of the Catholic University of Lublin.

## ANEXO ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO (NAGPAL &amp; SELL, 1992)

Nº	Contenido del ítem	Factor
1	¿Sientes que tu vida es interesante?	1
2	¿Pensas que puedes conseguir todo lo que te propongas en la vida?	2
3	¿Estás satisfecho con lo que has conseguido hasta ahora?	2
4	¿Pensas que debes esforzarte más que los demás para lograr tus objetivos?	2
5	¿Sientes que tu vida es mejor hoy que hace unos años atrás?	1
6	¿Estás satisfecho con las cosas que has venido haciendo en los últimos años?	1
7	¿Sientes que puedes manejar situaciones inesperadas?	3
8	¿Confías que en caso de crisis serás capaz de salir adelante?	3
9	De acuerdo a como van las cosas ¿pensas que las podrás manejar en el futuro?	3
10	¿Sientes que estás tan integrado a las cosas que te rodean que eres parte de las mismas?	4
11	¿Has tenido experiencias de intensa felicidad, similar al éxtasis?	4
12	¿Experimentas sentimientos de alegría por ser parte de la gran familia de la humanidad?	4
13	¿Estás seguro que parientes y/o amigos te ayudarán si ocurre alguna emergencia (por ejemplo si te roban o se incendia tu casa)?	6
14	¿Estás conforme con la relación que tienes con tus padres?	7
15	¿Confías que parientes y/o amigos te cuidarán si sufres un accidente o te enfermas gravemente?	6
16	¿Te disgustas fácilmente si encuentras que las cosas no resultan tal como esperabas?	8
17	¿Te sientes triste sin motivo?	8
18	¿Sientes que eres fácilmente irritable?	8
19	¿Quieres ser ansioso?	8
20	¿Pierdes la paciencia frente a pequeños contratiempos?	8
21	¿Consideras que tu familia te ayuda a encontrar soluciones a la mayoría de tus problemas?	5
22	¿Pensas que la mayoría de los miembros de tu familia se sienten unidos entre sí?	5
23	¿Pensas que tu familia te brindaría los cuidados adecuados en caso de que tuvieras una enfermedad grave?	5
24	¿Sientes que tu vida es abundante?	11
25	¿Estás preocupado por tu futuro?	11
26	¿Sientes que tu vida es inservible?	11
27	¿Te preocupa la relación que tienes con tus hermanos y/o parientes?	7
28	¿Sientes que tus amigos y parientes te ayudarían si estuvieras necesitado?	6
29	¿Te preocupa la relación que tienes con tus padres?	7
30	¿Sientes que pequeñas cosas te disgustan más de lo necesario?	8
31	¿Te disgustas fácilmente cuando eres criticado?	8
32	¿Desearías tener más amigos de los que actualmente tienes?	10
33	¿Sientes que has perdido a algún amigo verdadero?	10
34	¿Te preocupa tu salud?	9
35	¿Sufres dolores en varias partes de tu cuerpo?	9
36	¿Sufres palpitaciones?	9
37	¿Sufres de mareos?	9
38	¿Sientes que te cansas fácilmente?	9
39	¿Tienes problemas para dormir?	9
40	¿Te preocupas por no mantener una vinculación estrecha con alguien?	10

## Una aproximación empírica al marco valorativo y niveles de autoestima en población adolescente de la ciudad de Durango.

Jaime Salvador Moysén<sup>1</sup>, Yolanda Martínez López<sup>1</sup>, Ma. de Jesús Garvalena Vázquez<sup>2</sup>,  
Angélica Lechuga Quiñones<sup>1</sup> Mayela Rodríguez Fernández<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Instituto de Investigación Científica

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Juárez del Estado de Durango

### Resumen

La influencia del marco axiológico en prácticamente todas las esferas de la vida social, está ampliamente documentada, aunque no se sabe de que manera y en que sentido las aspiraciones, comportamiento y salud de los jóvenes se afectan por el marco valorativo. Con la finalidad de conocer el marco axiológico y la relación que éste puede tener con los niveles de autoestima en población adolescente de la ciudad de Durango, Dgo; se realizó un estudio comparativo en 511 adolescentes de ambos sexos que acudieron regularmente a 10 instituciones educativas de nivel medio superior, tanto públicas como privadas, ubicadas en lugares que incluyeron los diferentes niveles socioeconómicos de la ciudad de Durango. El marco axiológico identificado en el grupo poblacional estudiado mostró un equilibrio entre los tres tipos de valores: individuales, colectivos y mixtos, de acuerdo con la tipología valoral de Schwartz, también se observó que el subgrupo de adolescentes con altos niveles de autoestima, mostró un marco axiológico en el cual los niveles de valores colectivos fueron significativamente superiores, a los observados en el subgrupo de jóvenes con valores bajos de autoestima.

**Palabras clave:** adolescencia, marco valorativo, autoestima.

### Introducción

Actualmente los estudios acerca de valores y autoestima, principalmente en grupos de jóvenes han despertado gran interés, primordialmente en nuestro país y latinoamérica, de tal suerte que las publicaciones que abordan esta temática se han incrementado en los últimos años. (Dávila & Golcovic, 2002, p.8; González, 2002, p.110; Reguillo, 2002, p.12). Este interés por la población juvenil se puede explicar entre otras razones, por el importante peso demográfico que tiene como grupo etario en la pirámide poblacional, por las dificultades socioeconómicas que enfrentan una proporción importante de jóvenes, y por la complejidad de los procesos psicosociales propios de esta etapa del desarrollo. Se

ha reconocido que cada uno de los aspectos anteriores se vincula estrechamente, con la conformación del marco axiológico y autoconcepto positivo.

Demográficamente, el segmento juvenil representa un estrato significativo en México y, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud 2000, durante ese año había en nuestro país poco más de 33 millones de personas entre 12 y 29 años de edad, de las cuales el 45% había dejado de estudiar por alguna razón (Serrano, 2002, p.452), proporción que no deja de ser preocupante considerando que es la generación del relevo en nuestra nación. Los aspectos socioeconómicos son fundamentales para que los jóvenes puedan orientar satisfactoria y exitosamente sus inclinaciones vocacionales, sin distractores asociados a responsabilidades económicas familiares tempranas, en este sentido la información arrojada por el Índice de Desarrollo Juvenil (IDJ) (citado por Serrano, 2002, p. 452), muestra claramente la heterogeneidad existente en nuestro país, por regiones y tamaño de localidad. Los lugares con una calificación favorable corresponden en términos generales, a las ciudades grandes y medianas, las cuales contrastan significativamente con las localidades pequeñas; lo interesante de esta estratificación es la que se conforman cuatro grupos a nivel nacional, descansa en el hecho de que, de no tomarse medidas orientadas a resolver estas inequidades, esta agrupación de estratos puede convertirse en un índice predictivo de fracaso personal, regional y nacional. Como elementos psicosociales de importancia, hay que referir los aspectos de emancipación que expresan los jóvenes, característicos de este periodo a nivel mundial, que se ha traducido entre otras cosas en la transformación de los modos de vida, erosión de las entidades sociales tradicionales, y pérdida de las convicciones ideológicas y políticas (Luengo, 2002, p. 314), lo cual ha tenido una repercusión en las expectativas, valores y autoestima de los jóvenes.

Para Rokeach, los valores son criterios que permiten juzgar como deseable o indeseable un medio o un objetivo de acción determinada, para este autor el sistema de creencias del sujeto, está integrado por un núcleo relativamente pequeño de creencias resistentes al cambio, y un mayor número de creencias periféricas más dinámicas y específicas; organizándose todas ellas en forma jerárquica para formar un sistema funcionalmente interconectado, de tal forma que los valores representan concepciones cognitivas de lo deseable que responden a necesidades individuales y grupales (citado por Linares; Molpeceres & Musitu, 2001, p. 189).

Para Schwartz, los valores culturales representan las ideas implícitas y explícitas compartidas, acerca de lo que es bueno, correcto y deseable en una sociedad. Estos valores culturales (libertad, prosperidad, seguridad), son las bases que permiten a la gente distinguir lo que es apropiado en diferentes situaciones, condicionando la forma en que las instituciones sociales funcionan, las cuales expresan valores culturales prioritarios; por ejemplo en sociedades en las cuales la ambición individual y el éxito son altamente valorados, la organización de los sistemas económicos y legales son propicios para la competitividad (por ejemplo: mercados capitalistas y procedimientos legales que los contrarresten), en contraste, un énfasis cultural sobre el bienestar grupal, se expresará en un sistema económico legal cooperativo (por ejemplo: socialismo y mediación); así, los valores que caracterizan a una cultura, son incorporados a los miembros de la sociedad a través de su manifestación diaria en las costumbres, leyes, normas y prácticas organizacionales que se construyen por y para expresar los valores culturales prevaletes. Se reconoce que la adaptación a la realidad social y la socialización informal, son centrales para la transmisión formal de valores culturales, los cuales según Schwartz, reflejan los aspectos básicos que las sociedades deben confrontar para regular la actividad humana (Kömbli, 2004; Schwartz, 1997; Schwartz, 1999; Weage, 2000).

El primer aspecto básico que confrontan todas las sociedades, es definir la naturaleza de la relación entre lo individual y lo grupal. Esta dimensión es descrita como individualismo-colectivismo (Valdiney, 2000). El segundo aspecto es garantizar la conducta responsable que preserve el tejido social; la gente debe ser inducida a considerar el bienestar de otros, coordinarse con ellos, y manejar correctamente las inevitables interdependencias sociales; el tercero se refiere a la relación del género humano con el mundo natural y social.

En relación al primer aspecto básico, Hofstede describe al individualismo como una tendencia dentro de una cultura, que se orienta más a los objetivos y logros individuales que al compromiso social; y el colectivismo como una tendencia dentro de una cultura, con una visión que privilegia los objetivos de la organización social y que se traduce en un comportamiento de solidaridad y cooperación grupal. El individualismo-colectivismo ha obtenido mucha atención de los investigadores transculturales, y algunos estudiosos la consideran como la teoría de la psicología cultural más extendida actualmente (Peng, Ames & Knowles, 2000).

Los valores construidos para resolver los problemas que pueden afectar al tejido social, son fundamentalmente de dos tipos, uno de ellos se sustenta en el reconocimiento social de la jerarquía, y en las implicaciones de ésta que favorecen el desarrollo de valores específicos, como el poder social, la autoridad y el bienestar, en el otro extremo se ubica el igualitarismo, como alternativa para contender con el mismo problema referente a la preservación del tejido social; como valores específicos de esta dimensión hay que citar la igualdad, justicia social, libertad, responsabilidad y honestidad.

Para enfrentar el tercer aspecto, en términos generales se han identificado dos modalidades de respuesta: una de ellas dirigida al dominio de los recursos naturales, con el propósito de controlar y explotar estos recursos para el beneficio de personas y grupos; la segunda modalidad plantea la necesidad de ajustarse armónicamente al entorno, y propone valores específicos, tales como la unidad con la naturaleza y protección del ambiente para construir un mundo armónico (Schwartz, 1999).

No obstante las implicaciones del marco axiológico en prácticamente todas las esferas de la vida social, se desconoce cuales son los valores prevaecientes en las jóvenes generaciones, y de que manera son afectadas en sus aspiraciones, comportamiento y salud por ese marco valorativo. En el ámbito de la salud, resultan interesantes las reflexiones realizadas por un grupo de salubristas norteamericanos, quienes consideran que ha sido muy difícil no sólo el desarrollo y ejecución de programas de salud pública en su país, sino la aprobación de presupuesto para las políticas de Bienestar social, esto se ha debido principalmente a que dichos programas, se sustentan en principios filosóficos y operativos que se vinculan estrechamente a valores colectivos, los cuales no son los característicos de la sociedad norteamericana, a la que se puede definir e identificar como la más representativa del individualismo (Wallack & Lawrence, 2005).

Estrechamente relacionada con el marco valorativo se encuentra la autoestima, esta relación descansa en el supuesto de que un autoconcepto positivo, se considera una motivación fundamental para seleccionar las prioridades de valor, de tal suerte que los sujetos tienden a modificar sus prioridades de valor con el propósito de lograr un autoconcepto positivo (Linares, Molpeceres & Musitu, 2001, p. 189; Malandra, 2005). Respecto a esta relación, la autoestima también representa una dimensión significativa que se asocia a las condiciones de salud, de tal forma que la interacción estrecha y dinámica entre valores y autoestima, impacta positiva o negativamente los procesos de

salud, individuales y/o poblacionales en el plano comunitario. No obstante el avance en el terreno cognitivo de lo axiológico y la autoestima, se desconoce como interactúan estas dimensiones, cuáles son los procesos fundamentales de su interacción, y cual es su impacto en el terreno psicoemocional, y en el éticomoral; al respecto es sumamente revelador un estudio realizado en Chicago, en el cual se establecieron comparaciones entre la mortalidad por causas violentas en 77 vecindarios, se observó un gradiente en función del nivel socioeconómico, identificándose las mayores tasas en los grupos sociales menos favorecidos socioeconómicamente, lo interesante de este estudio fue que en estos estratos poblacionales, la canalización de los sentimientos de frustración social y la visualización de un futuro incierto y poco promisorio, se expresó en actitudes de autoafirmación a través del enfrentamiento y agresión física, actitudes que según su interpretación, les permitía tener un "reconocimiento social" y una percepción de autovalía; es decir, debido a las limitantes sociales y económicas resultantes de políticas públicas que favorecen las condiciones de inequidad, la extrema dificultad que enfrentan algunos sectores poblacionales para consolidar una autoestima satisfactoria, considerando las reglas y exigencias sociales de su contexto, se ha traducido en que una proporción de esos subgrupos, transformen los valores en contravalores, con el propósito de obtener un sentido de autovalía (Marmot, 2003; Wilson 1997).

La relación que guardan el marco axiológico y la autoestima, está ampliamente documentada, así mismo la asociación de estas dimensiones con las diferentes expresiones existenciales, principalmente en jóvenes; constituye un amplio campo de investigación que además de representar posibilidades cognitivas, proporcionará directrices fundamentadas para el desarrollo de programas de intervención, que incidan favorablemente en el fortalecimiento de marcos valorativos equilibrados y saludables, que estimulen y vigoricen los niveles de autoestima. El propósito de este trabajo fue: identificar el marco valorativo y establecer los niveles de autoestima, en jóvenes adolescentes de la ciudad de Durango.

### **Material y Métodos**

Para alcanzar los objetivos del estudio, se diseñó una encuesta comparativa, transversal, prospectiva.

Se elaboraron una hoja de registro de datos sociodemográficos, un cuestionario de valores y uno de autoestima los cuales se aplicaron a 511 adolescentes de ambos sexos que acudieron regularmente a 10 instituciones educativas de nivel medio superior, tanto públicas como privadas, ubicadas físicamente en áreas que incluyen los diferentes niveles socioeconómicos de la ciudad de Durango; se obtuvo información de 50 adolescentes por plantel educativo. La aplicación de cuestionarios se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2000. La selección de escuelas para realizar la encuesta se definió mediante un proceso aleatorio estratificado (de acuerdo con la ubicación socioeconómica de los planteles), mediante la consulta de la información proporcionada por la Secretaría de Educación Cultura y Deporte (SECyD) del estado de Durango; la elección de alumnos por semestre se realizó de forma proporcional, la muestra final quedó conformada de la siguiente manera:

Primer semestre	145 alumnos
Tercer semestre	181 alumnos
Quinto semestre	185 alumnos
Total	511 alumnos

Para la estimación del tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

(Instituto de Investigación Científica, 1997).

$$Z_{\alpha} = 1.96$$

$$p = .5$$

$$q = .5$$

$$d^2 = .052$$

De donde:

$$n = \frac{1.96^2 (.5) (.5)}{.052} = 385$$

Se utilizaron dos constructos, uno para la identificación del marco valorativo y otro para la evaluación de autoestima. El cuestionario de valores interpersonales y personales fue elaborado por los responsables del proyecto y consta de 22 reactivos, los cuales se clasificaron según su orientación, de acuerdo con la tipología de Schwartz, en individuales (10 reactivos), mixtos (7) y colectivos (5); mediante la técnica Delfos se probó su validez de contenido.



Para cada tipo de valor se establecieron tres niveles:

Valores individuales. El nivel alto quedó establecido en el rango de 8 a 10 reactivos con respuestas deseables, el nivel medio con 5 a 7.5 reactivos y el nivel bajo con menos de 5 reactivos.

Valores colectivos. El nivel alto se conformó cuando el rango de respuestas deseables se ubicó entre 4 y 5 reactivos, el nivel medio con 3 a 3.5 reactivos, y el nivel bajo con menos de 3 reactivos.

Valores mixtos. El nivel alto quedó integrado en el rango de 5 a 7 respuestas deseables, el nivel medio se situó entre 3 y 4.5 reactivos, y el nivel bajo con menos de 3 reactivos.

El cuestionario de autoestima, se fundamentó en la escala de Coopersmith, ya validada y ampliamente utilizada (Coopersmith, S. 1967), y consta de 25 reactivos. Para categorizar los niveles de autoestima, se establecieron los siguientes puntos de corte:

Autoestima muy satisfactoria. 18.5 a 25 reactivos con respuestas deseables.

Autoestima satisfactoria. 14.5 a 18 reactivos.

Autoestima regularmente satisfactoria. 12.5 a 14 reactivos.

Autoestima poco satisfactoria. 9.5 a 12 reactivos.

Autoestima insatisfactoria. Hasta 9 reactivos.

#### **Método de estandarización**

Se llevó a cabo una prueba piloto para conocer la aplicabilidad de los instrumentos, así como la consistencia de los reactivos elaborados, en esta etapa también se uniformó la técnica de los encuestadores.

La aplicación de los cuestionarios, fue realizada por personal con nivel académico de licenciatura y pasantes de licenciatura, en la supervisión de esta actividad intervino personal con nivel de licenciatura y maestría. Se solicitó el consentimiento de las autoridades de cada plantel y se les explicó el carácter anónimo y confidencial de la información proporcionada.

#### **Análisis Estadístico**

Para el análisis de los datos se establecieron puntos de corte y se formaron estratos, tanto en el marco valorativo como en los niveles de autoestima, se aplicaron procedimientos estadísticos para el cálculo de proporciones y estimaciones no paramétricas.

## Resultados

El 62% (318) del grupo poblacional estudiado se ubicó en el rango de edad de 16 a 17 años, en el rango de 14 a 15 años se situó el 24% (124) y únicamente el 14% (69) refirió 18 o más años; 35% (177) del grupo total fueron hombres y 65% (328) mujeres. El 70% (356) de jóvenes al momento de la encuesta estudiaban en escuelas públicas y el 30% (155) en planteles privados; en relación al estado civil, el 97% (496) de adolescentes refirieron ser solteros y 3% (14) unidos.

De acuerdo con la tipología de Schwartz, el 81% del grupo encuestado refirió niveles altos de valores individuales, el 67% niveles altos de valores colectivos y el 77% niveles altos de valores mixtos (Tabla 1).

**Tabla 1**  
Distribución de la población estudiada, según tipología valoral

TIPOLOGÍA VALORAL	NIVEL		AXIOLÓGICO				TOTAL	
	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Valores Individuales	412	81	66	16	14	3	511	100
Valores Colectivos	342	67	75	15	94	18	511	100
Valores Mixtos	394	77	104	20	13	3	511	100

El 70% de los adolescentes refirieron niveles de autoestima que pueden considerarse saludables, aunque existe prácticamente un 30% de jóvenes que refieren una baja autoestima, que los hace vulnerables a conductas de riesgo psicosocial (tabla2).

**Tabla 2**  
Niveles de autoestima en el grupo estudiado

	Satisfactoria		Regularmente Satisfactoria		Poco satisfactoria Insatisfactoria		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	n	%
<b>Grupos de edad</b>								
14 a 15 años	71	57	14	11	39	32	124	100
16 a 17 años	178	56	42	13	96	30	316	100
18 a más años	35	52	13	19	19	28	67	100
<b>Total</b>	284	56	69	14	154	30	507	100
<b>Género</b>								
Masculino	95	54	38	20	47	26	177	100
Femenino	187	57	60	18	81	25	328	100
<b>Total</b>	282	56	98	19	128	25	505	100
<b>Tipo de Escuela</b>								
Pública	196	55	67	19	93	26	356	100
Privada	88	57	29	19	37	24	154	100
<b>Total</b>	284	56	96	19	130	25	510	100

Al establecer una relación entre los diferentes niveles de autoestima con el marco valorativo, se observa que en promedio el 58% de adolescentes que refirieron niveles altos de valores individuales, colectivos y mixtos, manifestaron una autoestima satisfactoria o muy satisfactoria (tabla 3).

**Tabla 3**  
Distribución de la población estudiada, según niveles de autoestima y tipología valoral

Niveles altos de:	Satisfactoria		Regularmente Satisfactoria		Poco satisfactoria Insatisfactoria		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	n	%
<b>Valores Individuales</b>	236	57	76	19	100	24	412	100
<b>Valores Colectivos</b>	206	60	60	18	76	22	342	100
<b>Valores Mixtos</b>	227	58	73	18	94	24	394	100

Se aprecia una asociación de los estratos de autoestima con el marco valorativo global, observándose que el estrato de adolescentes con autoestima alta presenta 2.5 veces más, un marco valorativo alto, que el grupo de adolescentes con autoestima baja, la diferencia es estadísticamente significativa (tabla 4).

Tabla 4

Relación de los niveles de autoestima con el marco valorativo global.

Nivel de autoestima	Niveles del Marco Valorativo Global		Total
	Alto	Bajo	
Alto	144	64	208
Bajo	20	22	42
Total	164	86	250

OR: 2.47 Intervalos de confianza a 95% 1.19 - 5.13  $\chi^2 = 7.23$   $p < .007$ .

Se encontró una asociación de los estratos de autoestima con los niveles de valores colectivos, apreciándose que el estrato de adolescentes con autoestima alta refirió casi 2 veces más, valores colectivos altos al compararse con el estrato de autoestima baja, la diferencia es estadísticamente significativa con una  $\chi^2 = 7.23$  y una  $p < .007$ .

### Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo, arrojan información que permite conocer el marco axiológico vigente en el grupo de adolescentes duranguenses que acuden a instituciones educativas de nivel medio y medio-superior; hay que resaltar el equilibrio observado en este grupo poblacional entre los diferentes tipos de valores de acuerdo con la clasificación de Schwartz, este hallazgo puede interpretarse como una condición de ecuanimidad axiológica en la cual coexisten de manera armónica valores individuales colectivos y mixtos, sin que prevalezca de manera significativa alguno de ellos. En relación a los niveles de autoestima, se obtuvo el perfil de los jóvenes categorizados por niveles, esta categorización permitió establecer relaciones y contrastes entre el marco axiológico y la autoestima, de tal suerte que los planteamientos referidos en la literatura (Linares, Molpeceres & Musitu, 2001, p. 189), referente a la estrecha relación que guardan estas dimensiones, pudieron ser analizados.

Las variables edad, sexo y tipo de escuela no influyeron significativamente en los niveles de autoestima o en el marco axiológico, dado que las proporciones que se observaron en los diferentes estratos de valores y autoestima, fueron semejantes en hombres y mujeres, en los diferentes grupos etarios y en escuelas públicas y privadas.

Es interesante observar que el 75% de la población encuestada, en promedio, refirió niveles altos de valores individuales, colectivos y mixtos; de acuerdo con este dato se puede considerar que el marco axiológico de este grupo, y consecuentemente de los adolescentes estudiantes de la ciudad de Durango se orienta tanto al desarrollo personal como al bienestar colectivo. Al contrastar los tres tipos de valores con los estratos de autoestima, se puede apreciar la relación que existe entre los niveles altos axiológicos con la autoestima satisfactoria y muy satisfactoria, observándose que únicamente el 23% de adolescentes con niveles altos de valores, expresaron una autoestima poco satisfactoria o insatisfactoria, estos hallazgos coinciden con lo documentado en la literatura (Marnot, 2003; Wilson 1997).

Al analizar la relación que existe específicamente entre valores colectivos y autoestima, se advierte que el grupo de jóvenes con alta autoestima, refirió prácticamente dos veces más, niveles altos de valores colectivos, que el grupo de adolescentes con autoestima baja, estas diferencias son estadísticamente significativas; una interpretación que puede darse a estos hallazgos debe fundamentarse en los planteamientos teóricos desarrollados por los estudiosos del tema, quienes postulan el desarrollo paralelo de ambas dimensiones dentro de contextos sociales y culturales definidos, es decir una dimensión no determina linealmente la expresión de la otra, sino que ambas se van conformando e interactúan, influidas por contextos familiares, educativos y socioculturales más amplios (Garza, 1999; Díaz-Guerrero, 1998).

Finalmente, el contar con esta información diagnóstica de la población adolescente de la ciudad de Durango, permitirá orientar las acciones y programas escolares y sociales relacionados con los aspectos abordados en esta investigación.

Los resultados de este trabajo se derivan del proyecto "Actitudes valorales y autoestima, en adolescentes residentes del municipio urbano de Durango que acuden a instituciones de educación media y media - superior", financiado por SIVILLA - CONACYT con la clave 19990403030.

## Referencias

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem. A factor analytic study educational and Psychological Measurement*. San Francisco, E.U.
- Dávila, L. O. & Goicovic D. I. (2002). Jóvenes y Trayectorias Juveniles en Chile. En *Joven es. Trayectorias y Travesías Juveniles en el Cono Sur*. Nueva Época, 6, núm. 17. México D.F, pp. 8-55.
- Díaz - Guerrero, R. (1998). Dimensiones Culturales y Comportamiento en México. En Palacios, E. MR., Roman, P. R. & Vera, N. JA. (Compiladores). *La modernización contradictoria. Desarrollo Humano, Salud y Ambiente en México*. Universidad de Guadalajara. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. A. C. México. pp. 480 - 513.
- Garza, S.S. (1999). *Actitudes Valorales de la familia lagunera una aproximación*. Universidad Iberoamericana Laguna. Torreón, Coahuila. Cuadernos de Investigación. Vol. 1. pp 9-59.
- González, G. R. (2002). Factores Sociales de la Emigración de Jóvenes Argentinos. En *Joven es .Trayectorias y Travesías Juveniles en el Cono Sur*. Nueva Época, 6, núm. 17. México D.F. pp. 110-1139.
- Instituto de Investigación Científica. (1997). *La propuesta de Investigación y el muestreo*. Instituto de Investigación Científica de la UJED/UJED-SECyD. Durango, Dgo.: México.
- Kombit, A. L. (2004). Representaciones sociales y valores de los jóvenes argentinos en relación con el trabajo. *Monografías virtuales: Ciudadanía, democracia y valores en sociedades plurales [Número especial: los jóvenes y los valores]*. N° 4. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Buenos Aires, Argentina. Disponible en Red: <http://www.campus-cej.org/valores/monografias/monografias04/reflexion04.htm> Consultado el 12 de julio de 2005.
- Linares, I.L., Molpeceres P. M. & Musitu, O. G. (2001). La Autoestima y las Prioridades de Valor. Un Análisis y sus interrelaciones en la Adolescencia. *Anales de Psicología*. En Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, vol 17, n° 2. España, pp. 189-200.
- Luengo, G. E. (2002). *La Visión Juvenil del Mundo: sus Representaciones, Actitudes y Valores*. Documento Teórico Metodológico Análisis de Resultados. En Pérez, I. J

- A. & Valdez, G. M. (Eds.), Jóvenes Mexicanos del siglo XXI. Encuesta Nacional de Juventud 2000. Instituto Mexicano de la Juventud, pp. 314- 415.
- Malandra, N.T. (1999). Relevance of Self-Esteem to Mental Health. Nutrition Health Review: The Consumer's Medical Journal, 1999 Issue 79, p10, 3p.1bw. Base de Datos: Health Source: Nursing/Academic Edition. Disponible en Red: <http://www.cebiz.org/cds/culturechptr.pdf> Consultado el 5 de Mayo del 2005.
- Marmot, M. (2003). Autonomy, Self esteem and health are linked together. British Medical Journal; 327: 574-575. Self esteem and health. London, England. Disponible en Red: <http://www1.universia.net/CatalogaXXI/C10053PPESII1/E125728/> Consultado el 14 de junio del 2005.
- Peng: K., Ames, D. R. & Knowles, E. D. (2000). Culture and Human Inference: Perspectives from Three Traditions. To appear in David Matsumoto. Handbook of Cross- cultural Psychology, Oxford University Press.
- Reguillo, R. (2002). Culturas Juveniles. En Joven es. Participación Juvenil. Cuarta Época, 2, No. 5. México D. F., pp. 12-31.
- Schwartz, H. S. (1997). Influences of Adaptation to Communist Rule on Value Priorities in Eastern Europe. Political Psychology. Vol. 18, N°2. The Hebrew University of Jerusalem, pp. 385-410.
- Schwartz, H. S. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. Applied psychology an International review, 48 (1), pp. 23-47. The Hebrew University of Jerusalem, Israel.
- Serrano, V. P. (2002). De lo cuantitativo a lo cualitativo. Documento Teórico Metodológico Análisis de Resultados. En Pérez, I. J A. & Valdez, G. M. (Eds.), Jóvenes Mexicanos del siglo XXI. Encuesta Nacional de Juventud 2000. Instituto Mexicano de la Juventud, pp. 452-483.
- Valdiney V. G. (2000). El Individualismo y el Colectivismo Normativo: Comparación de Dos Modelos. Universidad Federal da Paraíba, Brasil. Disponible en Red: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=E851114>
- Vidoso C. & Jesahel, Y. (2002). Influencia de la autoestima, satisfacción con la profesión elegida y formación profesional en el coeficiente intelectual de los estudiantes de tercer año de la Facultad de Educación. Disponible en Red: [http://sisbib.unmam.edu.pe/bitvvirtual/Tesis/Human/Vidoso\\_C\\_J/Vidoso\\_C\\_J.htm](http://sisbib.unmam.edu.pe/bitvvirtual/Tesis/Human/Vidoso_C_J/Vidoso_C_J.htm) Lima, Perú. Consultado el 29 de junio del 2005.
- Wallack, L. & Lawrence, R. (2005). Talking About Public Health: Developing America's "Second Language". American Journal of Public Health, vol 95, Issue 4, p.567, 4p.

Disponibile en Red:  
<http://www1.universia.net/CatalogaXXI/C10053PPESIII1/E125728/> Consultado el 5 de Mayo del 2005.

Weage, H.; Billet, J. & Pleysier, S. (2000). Validation by Means of Method Variation: ACFA-Approach to the SSA-Value\_Typology of Schwartz. *Developments in Survey Methodology*. Anuska Ferligoj and Andrej Mrvar. Metodolosky Ljubljana: FDV. Pp. 75-91.

Wilson, M. & Daly, M. (1997). Life expectancy, economic inequality, homicide, and reproductive timing in Chicago neighbourhoods. *British Medical Journal*; 314: 1271. Department of psychology, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada L8S 4K1. Londres, Inglaterra. Disponible en Red:  
[http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7089/1271?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Margo+Wilson&andorexactfulltext=and&searchid=1120503436979\\_13249&stored\\_search=&FIRSTINDEX=0&scriptspec=relevance&volume=314&firstpage=1271&resourcetype=1](http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7089/1271?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Margo+Wilson&andorexactfulltext=and&searchid=1120503436979_13249&stored_search=&FIRSTINDEX=0&scriptspec=relevance&volume=314&firstpage=1271&resourcetype=1) Consultado el 27 de Noviembre del 2003.



## Eficiencia terminal en un bachillerato tecnológico. ¿cómo viven y piensan los jóvenes que no terminan?

Osmei La Llave León<sup>1</sup> & Sandra Ernestina Lares de los Ríos<sup>2</sup>.

### Resumen

La eficiencia terminal es uno de los indicadores que se asocian con la calidad de la educación. El problema de la baja eficiencia terminal en el sistema de educación mexicano ha sido motivo de análisis en el ámbito nacional. En este artículo se presentan los resultados de una investigación cualitativa sobre la eficiencia Terminal en un Bachillerato Tecnológico del estado mexicano de Durango. El tema se aborda desde la perspectiva de los alumnos que no lograron terminar sus estudios de manera satisfactoria. Se analizan aspectos como: autoestima, motivación, relaciones familiares, oferta educativa, orientación vocacional, calidad de las clases y relación maestro-alumno.

**Palabras clave:** eficiencia terminal, calidad de la educación, autoestima, motivación.

### Introducción

Dentro de los indicadores que miden la calidad de la educación se encuentra la eficiencia terminal. Esta se puede considerar como una medida en que los alumnos terminan sus estudios de manera satisfactoria. Se calcula como la razón entre la matrícula escolar reportada al terminar un periodo, y la matrícula inicial del periodo en cuestión. Los dos elementos fundamentales a través de los cuales se materializa la baja eficiencia terminal son: la deserción y la reprobación. Pero existen muchos factores que pueden estar relacionados con esos elementos.

La baja eficiencia terminal que a través de los años ha presentado el Centro de bachillerato tecnológico industrial y de servicios (CBTIS) No. 130 de la ciudad de Durango, requiere un estudio de los factores que han incidido en estos resultados.

El propósito de esta investigación cualitativa es describir la percepción que tienen los estudiantes sobre los factores que incidieron en el abandono de los estudios. Se abordan aspectos relacionados con la percepción de los alumnos con respecto de sí mismos (apariencia física, identidad, autoestima, relaciones afectivas familiares y de amistad); con

<sup>1</sup> Instituto de Investigación Científica Universidad Juárez del Estado de Durango

<sup>2</sup> Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios 130 de Durango

respecto de sus familiares (apoyo moral, apoyo docente, la familia como fuente de motivación); y otros aspectos familiares como nivel económico, proveedor económico, vivienda y escolaridad del padre y de la madre.

También se estudia la percepción del alumno con respecto de la escuela, tomando en cuenta aspectos como: oferta educativa, orientación vocacional y conformación de grupos. La percepción del alumno con respecto del docente se analiza a partir de las variables: apoyo didáctico, conducción de grupos, calidad de clases, evaluación, motivación y relación maestro – alumno.

### **Educación y eficiencia en un mundo globalizado**

La globalización está presente no sólo en los procesos de multirrelaciones e interdependencias económicas, sino también en la cultura y específicamente en los procesos educativos (Díaz-Barriga, 1989, p.79). El problema de la eficiencia terminal, al igual que otros problemas de la educación contemporánea, ha permeado a todos los países latinoamericanos y se ha convertido en un rasgo más de la globalización.

Hopenhayn (2004), al referirse a la situación de la educación en el área de América Latina y el Caribe, afirma que hoy se requiere, en promedio, un mínimo de 12 años de escolaridad formal para contar con oportunidades de trabajo que permitan salir de la pobreza o no caer en ella. El mismo autor expresa que es necesario un enorme esfuerzo para que las reformas educativas en curso privilegien la permanencia de los adolescentes de grupos vulnerables en el ciclo secundario y promuevan mayor incorporación de estudiantes de bajos ingresos en el ciclo superior para democratizar a futuro el empleo productivo.

Según Reimers (2002), en promedio, en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, tres de cada cinco personas han alcanzado al menos una educación secundaria superior (bachillerato), mientras que en Estados Unidos y Canadá, cuatro de cada cinco personas tienen este nivel educativo. En México sólo una de cada cinco personas tiene estos niveles de escolaridad. El autor también hace referencia a un estudio realizado en 31 países, donde únicamente los estudiantes de Brasil tienen niveles de logro educativo más bajos que los de México.

### La enseñanza en el nivel profesional técnico en México

Los informes de eficiencia terminal en el nivel profesional técnico perteneciente a la enseñanza media superior en México indican que menos del 50 % de los que matriculan logran terminar sus estudios (cuadro 1.) Las dos grandes causas: reprobación y deserción.

**Cuadro 1. Eficiencia terminal en la enseñanza media, México, 1997 – 2001.**

Año	Eficiencia terminal, %		
	Secundaria	Profesional técnico	Bachillerato
1997	73.8	40.0	58.9
1998	76.1	39.8	58.1
1999	75.1	41.3	58.6
2000	74.9	44.5	59.3
2001	77.1	48.7	59.8

Fuente: Secretaría de Educación Pública.

En una investigación sobre la deserción escolar en el CBTIS 129, de Villa Juárez, en el estado mexicano de Sonora, el 52% de los encuestados opinaron que los factores académicos – escolares, tales como la imagen del plantel, especialidad que no es la de su elección, falta de comprensión de los profesores y el bajo rendimiento escolar; influyeron para que los alumnos abandonaran la escuela (Beckham et al. 2003). En este estudio se mencionan, entre otros factores relacionados con la deserción, la falta de interés de los alumnos por estudiar y la falta de comprensión de los profesores.

López (1998) realizó una investigación en un plantel de nivel medio superior de una población rural de Durango, México, cuyo objetivo era conocer hasta qué punto la deficiente formación de los docentes, entre otros aspectos, era la causa de reprobación, deserción y baja eficiencia terminal; concluyó, que la escasa formación pedagógica de los docentes era determinante en la problemática estudiada. Además, las condiciones institucionales (situación académica y administrativa de los profesores), y la situación laboral (altos porcentajes de horas dedicadas a tareas burocrático- administrativas) ejercían efectos negativos.

Novela (2002) en una investigación efectuada en cuatro planteles de ciudades de la frontera norte de México, observó que los aspectos que inciden de manera importante en la reprobación escolar son: en el aspecto académico; la inadecuada planificación educativa, las condiciones ambientales poco favorables tanto para el docente como para el alumno, el perfil inadecuado del docente, la pobre relación maestro-alumno y la falta de hábitos de estudio; y en el aspecto socio-económico; las precarias condiciones económicas de los alumnos, la desintegración familiar y la ausencia de motivación y autoestima.

Domínguez (2002) menciona que un factor incidente en los altos índices de reprobación y deserción escolar, así como en los bajos índices de eficiencia terminal en la educación media superior tecnológica industrial, es la falta de conocimiento adecuado de las tendencias de cambios dadas en el mercado laboral y de las expectativas de crecimiento de empleo reales.

Las instituciones educativas mexicanas no han sido capaces de lograr que la mayoría de los alumnos que matriculan en ellas terminen sus estudios de manera exitosa.

### **El escenario de la investigación**

El CBTIS No. 130 tiene el objetivo de formar bachilleres técnicos capacitados en el desarrollo de actividades productivas y de servicios, para que puedan incorporarse al mercado de trabajo del país o ingresar a la educación superior. El centro ofrece las especialidades de Técnico en alimentos, Técnico en administración y Técnico en computación. Una de las expectativas que se tienen con respecto de estos alumnos, es que una vez cursados los seis semestres que comprenden el plan de estudios, egresen igual número que los que ingresaron; pero menos del 45% de ellos lo logran (cuadro 2).

Al analizar esta problemática se debe considerar el papel de los protagonistas del proceso de formación de los adolescentes que estudian en esta institución es algo que se debe tener en cuenta al realizar un análisis de la problemática. ¿Quiénes son estos protagonistas? En primer lugar; el propio alumno, sobre el cual recae la responsabilidad, aún siendo un adolescente, de prepararse para su futuro profesional y laboral. En segundo lugar; los padres, que constituyen el sustento económico y emocional fundamental de los alumnos.

También juegan un papel de importancia primordial: el profesor, como persona responsabilizada con el desarrollo de un proceso docente educativo de calidad; y la escuela, como institución encargada de la formación integral de las nuevas generaciones.

Cuadro 2. Evolución de la eficiencia terminal. CBTIS 130, 1995 – 2003.

Generación	Alumnos inscritos a 1º semestre	Alumnos que concluyeron los estudios	Eficiencia terminal, %
1995-1998	546	240	43.95
1996- 999	577	248	42.98
1997-2000	574	241	41.98
1998-2001	526	221	42.01
1999-2002	574	270	47.03
2000-2003	615	267	43.41

Fuente: Registros estadísticos de la Dirección del CBTIS 130.

### Aspectos metodológicos de la investigación

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo que permite reconstruir la realidad tal y como la observan los propios participantes. Este enfoque implicó la inmersión inicial en el campo a investigar, considerando no el estudio de las partes, sino del todo; la interpretación contextual captando el fenómeno mismo, la flexibilidad, los cuestionamientos y la recolección, análisis e interpretación de datos no numéricos. Para aportar mayores evidencias sobre el fenómeno de estudio se recogieron datos numéricos los cuales fueron tratados por medio de la estadística descriptiva.

Como método se empleó la etnografía que permite registrar el conocimiento cultural, delinear los patrones de interacción social y analizar a las sociedades de manera holística, describiendo el modo de vida del grupo de estudio. Rodríguez, Gil y García (1999, p.44) definen la etnografía como el "método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta"

El diseño metodológico fue el estudio de casos que permite una descripción y análisis detallado de unidades sociales o entidades únicas. Potencialmente útil porque permite centrarse en un caso o situación concreta e identificar los distintos procesos interactivos

que lo conforman, así como dar respuesta a las interrogantes de indagación. Denny (citado por Rodríguez, Gil y García, 1999, p.91) define el estudio de casos como "un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión, o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo"

La población de estudio estuvo formada por los alumnos de la generación 2000 – 2003 que no terminaron la carrera por reprobación o por abandono. De un total de 348 alumnos, se pudieron localizar por sus domicilios 126. Finalmente se recogió información de una muestra de 17.

### **Técnicas de recolección de información**

**Observación Técnica** permite captar los acontecimientos, reacciones de las personas y características del ambiente por medio de la vista y de otros sentidos, sin usar instrumentos de medición. Rodríguez, Gil y García (1999, p.151) mencionan que la observación es "un procedimiento de recogida de datos que nos proporciona una representación de la realidad de los fenómenos en estudio".

En la investigación de campo esta técnica permitió observar los cambios de comportamiento producidos en los participantes ante diversas cuestiones tratadas; se tomó nota de aspectos relacionados con las condiciones de la vivienda y con la convivencia familiar y social, que podían resultar valiosos cuando fueran analizados los datos.

**Revisión de documentos oficiales:** Esta técnica permitió adquirir conocimientos diversos sobre la situación académica y/o administrativa que originó el abandono de estudios de los alumnos.

**Entrevista en profundidad:** Mediante conversaciones sostenidas con los informantes se recogieron datos que facilitaron la comprensión de aspectos y características sometidas a análisis. Taylor y Bogdan (1990, p.101) refieren que la entrevista en profundidad son los "reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras".

Cuestionario: Se aplicó para ampliar la información proporcionada por los informantes. Aunque se elaboró previamente un cuestionario semiestructurado, el mismo proceso de aplicación y la aportación de los encuestados, sugirieron la incorporación de nueva información.

### **Acceso al campo y recolección de información**

Aprobado el protocolo y solicitado el registro de esta investigación (15 de febrero de 2003), se procedió a gestionar en el CBTIS 130 la autorización correspondiente. Con fecha 17 de febrero de 2003 se obtuvo respuesta afirmativa y con ello se dio inicio de manera oficial a la investigación.

Se solicitaron a la Dirección del plantel, documentos oficiales en donde se registran:

- Los índices de eficiencia terminal de los últimos cinco años.
- La situación académica de cada uno de los alumnos de la generación 2000-2003 que no concluyeron sus estudios.
- La información no fue proporcionada como se solicitó, ya que tales datos no son procesados regularmente. Ante esta situación fueron proporcionados dos documentos:
  - Un formato que recoge el reporte de inscripción semestral, nombre, sexo, fecha de nacimiento y procedencia.
  - Un modelo que registra la evaluación de cada alumno, por generación, de primero a sexto semestre.

A partir de esta información se diseñó un formato para registrar diversos datos de los alumnos que no concluyeron sus estudios: sexo, especialidad, turno, motivo y semestre de abandono de la escuela; así como las asignaturas reprobadas.

Una vez identificados los alumnos que no terminaron los estudios, se procedió a indagar sus domicilios; para ello fue necesario acudir a la oficina de control escolar del plantel; algunos registraban domicilios incompletos o no registraban domicilio. En otros casos, los expedientes habían sido enviados al archivo muerto y fue necesario recurrir a éste.

Reunido el mayor número de casas, se agruparon por colonias y fraccionamientos. Para localizar los domicilios fue necesario conseguir algunos mapas de colonias de estas localidades. En algunos casos se indagó en establecimientos comerciales. Aún así, algunos alumnos no fueron encontrados y fueron excluidos del estudio.

Posteriormente fueron entrevistados los alumnos y se aplicó el cuestionario a los padres. A todos se les pidió previamente su disposición para participar en la investigación.

La duración de cada entrevista fue de 20 a 30 minutos. Se grabaron en audio (con el consentimiento de los entrevistados). Cuando las respuestas de los informantes se agotaban o no aportaban nada nuevo, se redireccionaba la entrevista hacia otro tópico que no hubiera sido tratado todavía. Además, se tomaron notas de campo de situaciones o aspectos que se consideraron importantes. La cifra de entrevistas no fue predeterminada, en virtud de que la importancia recae en la riqueza de las respuestas obtenidas, más que en la cantidad de entrevistas realizadas.

En el mismo día en que se realizaba cada entrevista se hacía la transcripción y el análisis de la misma. La transcripción de cada entrevista comprende entre dos y tres cuartillas de extensión. Al aplicar cada cuestionario se procedía de manera similar. Este último no permitió recolectar información relacionada con aspectos familiares, económicos y sociales de estos alumnos.

La investigación de campo se realizó de mayo a julio de 2003. El abandono del campo se debió a la saturación de la información; es decir, las respuestas de los informantes ya no aportaban información nueva o relevante para el estudio.

Después de haber utilizado los instrumentos elaborados para la investigación, se realizó la reducción de los datos de la cual surgieron las categorías siguientes:

- Percepción del alumno con respecto de sí mismo: apariencia física, identidad, autoestima, motivación y relaciones afectivas de los alumnos.
- Percepción del alumno con respecto de su familia: apoyo moral, apoyo docente y fuente de motivación.
- Aspectos familiares: nivel económico, proveedor económico, vivienda y escolaridad.



- Percepción del alumno respecto a la escuela: oferta educativa, orientación vocacional y conformación de grupos.
- Percepción del alumno respecto al docente: conducción de grupos, calidad de las clases, relación maestro-alumno, apoyo didáctico, motivación y evaluación.

## Resultados

### ¿Cómo el alumno se ve a sí mismo?

Los alumnos que no terminan los estudios se caracterizan por estar inconformes con su apariencia física y se consideran incapaces de cambiarla, algunos manifiestan que no aceptan nada de su físico y que no les gusta "ni siquiera ver su imagen en el espejo". Estos alumnos se sienten más identificados y aceptados entre su grupo de amigos que con sus familiares. Algunos grupos están marcados por la presencia de integrantes que se denominan el líder, el flaco, el loco, el panzón, el bufón, el marica, etcétera; con los cuales se reúne a tomar cervezas frente a la escuela, según ellos, con moderación.

La baja autoestima de los muchachos se pone en evidencia al expresar en las entrevistas que se consideran "cosa de poco valor" que "únicamente sirve para dar problemas". Piensan que no pueden dar más porque sus capacidades están agotadas. Muy pocos consideran que puedan "llegar a ser alguien en la vida". Algunos docentes, lejos de estimular a los alumnos, contribuyen a agravar esta situación de baja autoestima.

Los alumnos, en su gran mayoría están desmotivados, aún no saben dónde están, ni qué quieren. Sus expectativas a corto, mediano y largo plazo son tan frágiles, que no vislumbran un futuro inmediato. La mayoría de los entrevistados no saben, después de salir de la escuela, qué les gustaría ser y hacer.

Para estos jóvenes, el futuro aparece como un escenario en el que se proyectan los temores y la incertidumbre, sin que aparezcan, de manera definida, las esperanzas y las ilusiones. Según Machado (2002), "el futuro de la educación es sumamente sombrío para aquellos jóvenes cuyo presente está marcado por una atrofia de las memorias sociales".

Es necesario fomentar en los alumnos el interés y el esfuerzo necesarios para el logro del aprendizaje significativo, siendo labor del profesor ofrecer la dirección y la guía pertinentes en cada caso (Díaz Barriga y Hernández, 1998).

### Las familias. Posición social y relación con el educando

El papel de la familia se considera fundamental en la formación del adolescente, sin embargo, en sentido general, las relaciones afectivas familiares de estos muchachos son calificadas por ellos mismos de regular, prefieren relacionarse con integrantes de sus grupos de amistades que con sus familiares.

El 38% de los progenitores no estudió más allá de la primaria, mientras que el 47% terminaron la secundaria o la carrera de comercio que se incluye en el mismo nivel (cuadro 3), por tanto, han tenido pocas oportunidades de crecimiento en una sociedad en la que se han incrementado en los años recientes las exigencias de escolaridad para avanzar en lo económico y en lo social.

Los padres aceptan la oferta educativa del CBTIS 130, reconocen la importancia de que sus hijos estudien una carrera en este centro; pero la gran mayoría desconoce las especialidades que oferta el plantel, en general, y en particular, la especialidad que cursaban sus hijos, las materias que reprobaron y el semestre en que tuvieron que abandonar los estudios.

**Cuadro 3. Nivel escolar de los progenitores**  
(En secundaria se incluye la carrera de comercio).

Nivel escolar	No.	%
Primaria	13	38
Secundaria	16	47
Preparatoria	1	3
Licenciatura	3	9
Maestría	1	3
Total	34	100

Las familias, en su mayoría son de nivel económico bajo. Aunque esta situación, generalizada en el centro, no parece ser un factor determinante en los resultados académicos; pues siempre les han brindado el apoyo económico necesario a los hijos. Pero en el aspecto docente, los padres no pudieron ayudar lo suficiente debido a su bajo nivel escolar. El apoyo moral de los familiares consistió en la insistencia para que los alumnos estudiaran y no abandonaran la escuela.

La totalidad de los alumnos estudiados habitan en casa propia; la mayoría son de las comúnmente denominadas "casas de interés social", que cubren los servicios urbanos indispensables. Una minoría habita casas de las denominadas "vivienda media", con mejores condiciones, y por tanto, más costosas.

### **La escuela y el proceso docente ¿educativo?**

La mayoría de los alumnos estudiados manifiestan aceptación de la oferta educativa del CBTIS 130. Pero, antes de entrar no tenían bien definidos sus intereses vocacionales, tampoco tenían claro lo que estudiaba cada una de las especialidades ofertadas. La orientación vocacional recibida en secundaria fue nula o deficiente y la promoción del plantel fue escasa e ineficaz.

La conformación de grupos no fue acertada, ya que al solicitar su ingreso al plantel, no fueron ubicados en la especialidad que ellos eligieron como primera opción. Una vez asignados en sus respectivas especialidades y grupos, algunos permanecían de pie en los salones de clases, pues los grupos eran tan numerosos que no todos encontraban bancas para sentarse. Esto hacía difícil poner atención a las clases.

La conducción de grupos fue calificada por los alumnos entre regular y mala. Algunos criterios al respecto fueron que: "los profesores les brindan más atención a los alumnos destacados, que a los que denominan como burros".

Desde el punto de vista de diversos autores y enfoques vinculados principalmente con las perspectivas cognitiva y humanista, el papel del docente en el ámbito de la motivación se debe centrar en inducir motivos en sus alumnos en lo que respecta a sus aprendizajes y comportamientos para que los alumnos desarrollen un verdadero gusto por la actividad escolar y comprendan su utilidad personal y social (Díaz Barriga & Hernández, 1998).

En sentido general, la calidad de las clases fue calificada por los alumnos de mala a regular. Algunos criterios al respecto fueron: "Algunas clases son aburridas ya que los profesores que imparten estas clases quieren enseñar únicamente dictando", "a veces se nos pide solamente repetir lo que el maestro dice o hace".

La relación maestro-alumno no fue la adecuada, algunos profesores emiten constantemente insultos entre los que destacan: burros, flojos, incompetentes, retrasados mentales. Además, aunque son muy pocos los casos, existen maestros, que a cambio de libros, dinero, botellas de licor y otras dádivas, ofrecen calificación aprobatoria.

Algunos maestros cuyo comportamiento se caracteriza por inasistencias e incumplimientos con el horario de clases, amenazan a los alumnos para que se abstengan de reportarlos o delatarlos ante la autoridad competente.

El único material didáctico ofrecido por los docentes es pizarrón o pintarrón, gis, y pocas veces algún acetato. No ofrecen material alternativo que contribuya a mejorar la calidad de la docencia. Es necesario recordar que "no es el contenido del aprendizaje lo que más atrae, sino la actividad" (Aebli, 1987, p. 20).

Respecto a la evaluación, los criterios emitidos son: "muchos profesores evalúan con la calificación del examen", "la mayor parte de la calificación recae en el examen". Esto muestran que no se ha avanzado lo suficiente en el desarrollo de una concepción formativa de la educación, enfocada hacia la mejora de la tarea educativa.

Respecto a la evaluación, los criterios emitidos son "muchos profesores evalúan con la calificación del examen", "la mayor parte de la calificación recae en el examen". Esto muestra que no se ha avanzado lo suficiente en el desarrollo de una concepción formativa de la evaluación, enfocada hacia la mejora de la tarea educativa.

La evaluación formativa no se realiza como conclusión del proceso educativo. Por el contrario, busca detectar las dificultades y carencias del trabajo educativo en el propio proceso para que la modificación y la mejora se den antes de que termine la tarea educacional (Díaz Barriga, 1998).

En resumen, el alumno al ingresar al plantel no sabe qué quiere; solicita su ingreso a una especialidad que desconoce pero que llama su atención, al no ser ubicado en ella, pierde el interés. Aunado a ello, el docente ofrece clases tediosas, material didáctico poco atractivo; una desvirtuada práctica docente donde la relación maestro - alumno no es adecuada, y donde el proceso enseñanza - aprendizaje se da con muchas carencias.

## Conclusiones

La promoción de la oferta educativa del centro en las secundarias es pobre y no permite a los adolescentes construir expectativas educativas claras que influyan positivamente en la selección de la carrera. A esta situación se suma la ubicación de alumnos en una especialidad que no es de su agrado, lo que provoca la desmotivación.

Los alumnos consideran que la calidad de la docencia es mala. Esta opinión se fundamenta en el estilo tradicionalista con que se imparten las clases y se evalúan los contenidos, la poca utilización de auxiliares didácticos y las condiciones de los salones de clases.

Según la teoría sociocultural, basada en los estudios de Vigotsky, y aplicada en los años recientes en muchas disciplinas, el aprendizaje no se considera como acumulación o transmisión de conocimientos, sino como un proceso en el cual el que aprende se convierte en un participante activo en diversos ámbitos de la práctica (Lim & Renshaw, 2001).

Los alumnos aceptan que tienen parte de responsabilidad en la no conclusión de los estudios; pero consideran que también los profesores tienen responsabilidad por no lograr el desempeño que requiere una educación de calidad. Según Papalia y Wendkos (1992, p. 7), "cada individuo se desarrolla a diferente ritmo y de diferente manera". Sin embargo, este factor no se ha tenido en cuenta para dar el tratamiento adecuado a cada alumno.

Aunque la mayoría de los alumnos negaron que el entorno familiar influyera en sus resultados docentes, sus respuestas y los criterios de los familiares encuestados evidencian que faltó apoyo docente. Ha sido insuficiente el acercamiento entre los padres y la escuela.

Los criterios emitidos por los alumnos respecto a la calidad de la docencia, la asignación de especialidad, el excesivo número de estudiantes por grupo y la baja eficiencia terminal, señalan que la institución no cumplió cabalmente con su labor formativa, como corresponde a una escuela de calidad. Mortimore, citado por Cuevas (2002), define la escuela de calidad como "aquella que promueve el progreso de sus

estudiantes en una amplia gama de logros intelectuales, sociales, morales y emocionales, conociendo su nivel socioeconómico, su medio familiar y su aprendizaje previo".

La labor pedagógica no ha ido suficientemente efectiva para motivar a los alumnos desde su entrada al plantel y analizar profundamente los problemas relacionados con la reprobación y el abandono voluntario de la escuela. Esto ha incidido de manera negativa en la eficiencia terminal del centro.

## Referencias

- Beckham García, J. et al (2003). La deserción escolar del CBTIS 129 en el ciclo escolar 2001-2002. Recuperado 10 de julio de 2005, de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZEIyVIAIGIOsRte B.php>.
- Cuevas M. (2002). Eficacia, calidad y educación. *Revista de Ciencias de la Educación*. No 191, Madrid, julio – septiembre 2002.
- Díaz Barriga, A. (1998). Organismos internacionales y política educativa. En: *Educación, Democracia y Desarrollo en el fin de siglo*. Alcántara, A. Pozas, R. y Torres, C. (coord). Siglo veintiuno editores, México D. F., 1998.
- Díaz Barriga, F. & Hernández, R. (1998). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. 2ª ed. McGraw-Hill, México D. F.
- Dominguez, C. L. A. (2002) Reorganización estructural y académica de los planes y programas de la educación media superior tecnológica industrial en el siglo XXI. *Expresiones*, 0, 18-20.
- Hopenhayn, M. (2004). El nuevo mundo del trabajo y los jóvenes. *Revista de estudios sobre la juventud*, 20, 54-73.
- Lim, L & Renshaw, P. (2001). The relevance of Sociocultural Theory to Culturally Diverse Partnerships and Communities. *Journal of Chile and Family Studies*, 10, (1), 9-23.
- López, M. M. T. (1999) La formación de los docentes de la especialidad de programación. *Revista: Encuentro educativo*, 1, 23-26.
- Machado Pais, J. (2002). Los bailes de la memoria: cuando el futuro es incierto. *Revista de estudios sobre la juventud*, 20, 74-104.
- Novela, V. A. (2002) Reprobación escolar en el nivel medio superior en los planteles de la DGETI en Baja California norte. Causas y consecuencias. *Expresiones*, 0, 27-28.
- Papalia, D.E. & Wendkos, O.S. (1992) *Desarrollo humano*. (4ª. Ed). México. McGraw Hill.

- Reimers, F. (2002, septiembre). En búsqueda de oportunidades de aprendizaje para todos los mexicanos. El diálogo público y el papel de la evaluación. Ponencia presentada en el Segundo Seminario Internacional sobre tendencias educativas para el siglo XXI, México.
- Rodríguez, G.G., Gil, F.J. & García, J.E. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Granada, Aljibe.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1990) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México, Paidós.

## Depresión en la Adolescencia: una Revisión de la Literatura

Célia Regina da Silva Rocha<sup>1</sup>. Psicóloga, Profesora na Universidade Cruzeiro do Sul UNICSUL e Centro Universitário Paulistano, São Paulo – Brasil.

### Resumo

Este artigo é uma revisão de literatura, parte integrante de pesquisa qualitativa realizada entre adolescentes. A presente revisão sugere que esta enfermidade afeta milhares de pessoas em todo o mundo. A adolescência por si só, já é um período de risco para o surgimento da depressão, afetando seu rendimento escolar e sua concentração, nesta faixa etária a baixa auto-estima parece ser fator preponderante. Além de causar alterações no apetite e no sono. A pesar dos avanços na investigação e no tratamento da depressão, ainda persistem muitas dúvidas sobre o tema. Porquê da prevalência maior entre as mulheres que entre os homens, a diversidade entre as amostras e os instrumentos de avaliação utilizados. Por outro lado, os pesquisadores enfatizam a importância da psicoterapia como componente do tratamento. Os estudos sugerem que a depressão é um problema de saúde pública, portanto, merece maior atenção por parte dos pesquisadores.

**Palavras-chave:** Adolescência, Depressão, Trastorno depressivo maior.

### Resumen

Este trabajo es una revisión de literatura, parte integrante de investigación cualitativa realizada entre adolescentes. La presente revisión sugiere que esta enfermedad afecta a millares de personas en todo el mundo. La adolescencia por sí sola, ya es un período de riesgo para el surgimiento de la depresión, afectando su rendimiento escolar y su concentración, en este rango se encontraría la baja autoestima que parece ser un factor preponderante. Mas allá de causar alteraciones en el apetito y en el sueño. A pesar de los avances en la investigación y en el tratamiento de la depresión, todavía persisten muchas dudas sobre el tema. Porquê se da una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres, la diversidad entre las muestras y los instrumentos de evaluación utilizados. Por otro lado, los investigadores enfatizan la importancia de la psicoterapia como componente

<sup>1</sup> Correspondência: Célia Regina da Silva Rocha

Rua Paulo Omeias Carvalho de Barros, 98 apto. 44F, CEP 02344-030-São Paulo/SP-Brasil

E-mail: crsrocha@terra.com.br



del tratamiento. Los estudios sugieren que la depresión es un problema de salud pública, por tanto, merece una mayor atención por parte de los investigadores.

**Palabras clave:** adolescencia, depresión, trastorno depresivo mayor.

### Introducción

En la adolescencia las capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales maduran lo bastante para la formación de una identidad adulta. La construcción de esta nueva identidad presupone pérdidas –como la del cuerpo infantil– además de menos protección y más exigencia por parte de los padres, los adolescentes enfrentan varias tareas psicológicas: como aceptar la nueva imagen corporal, la separación de las figuras parentales internalizadas, cristalizar la nueva identidad en relación con el mundo.

La construcción de esta nueva identidad impone al adolescente una serie de tareas y decisiones que deben de ser enfrentadas en la entrada al mundo adulto: la universidad, el mundo del trabajo, la vida sexual, el casamiento. Asumir nuevos roles produce una gran ansiedad en el adolescente.

### Depresión en la actualidad

La depresión ha sido clasificada de varias formas y con distintas denominaciones según el momento histórico y el punto de vista de los autores de las clasificaciones (Del Porto, 1999). Actualmente, son dos las clasificaciones internacionalmente aceptadas: CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual) de la American Psychiatry Association (APA).

En este contexto, la adolescencia por sí sola, ya es un período de riesgo para la aparición de síntomas de depresión que se define como un trastorno del estado de ánimo con una duración de por lo menos dos semanas. Este síndrome se caracteriza por sentimientos de tristeza, variaciones del apetito, disminución del grado de actividad, pérdida de interés en actividades que antes proporcionaban placer y alteraciones en el sueño (American Psychiatry Association, 1987).

El término depresión ha sido empleado, a lo largo de los años, con tres significados: desde el punto de vista psicopatológico (Garber, Kashani, 1995), la depresión puede ser considerada como un síntoma que se caracteriza por tristeza patológica, estado de ánimo

decaído, irritabilidad y falta de placer. También puede aparecer como respuesta a hechos de la vida, tales como: pérdida de seres queridos, separaciones, situaciones económicas y sociales desfavorables (Garber, Kashani 1995, Del Porto 1999, Bahis 2002).

Actualmente la depresión es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo, aproximadamente el 15% de la población mundial. Conforme a la Organización Mundial de Salud-OMS, habrá en las próximas dos décadas un cambio dramático en las necesidades de salud de la población mundial, debido al hecho de que enfermedades como la depresión y las cardiopatías están sustituyendo los tradicionales problemas de enfermedades infecciosas y de mala nutrición (Bahis 2002).

El interés científico por la depresión en niños y adolescentes es muy reciente (Bahis 2002). Tuvo inicio con los estudios realizados por Harás, Schachter y Campbell (1952) que describen casos de psicosis maniaco-depresiva y permiten concluir que la depresión es un trastorno mucho más común en niños de lo que se pensaba (Versiani, 2000). Sin embargo oficialmente, a partir de 1975 el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los EUA, reconoció la existencia de la depresión en niños y adolescentes. El primer estudio sobre la prevalencia de la depresión infantil fue realizado por Rutter en la isla de Wight, en 1976, desde entonces muchas investigaciones han sido desarrolladas por Bahis, Kazdin, French, Kashani y Carlson (1999).

### **La manifestación de la depresión y su simplificación**

La manifestación de la depresión en adolescentes acostumbra presentar síntomas semejantes a los adultos, sin embargo Lang y Tisher (1997) discrepan al afirmar que las manifestaciones clínicas son distintas de las presentadas por los adultos, pero también existen importantes características fenomenológicas que son típicas del trastorno depresivo en esa fase de la vida. Estos síntomas se manifiestan con una frecuencia tres veces mayor en la población adolescente y adulta en comparación con la población infantil o adulta (Kashani 1999, Soares 2001, Peña, 1999).

Los adolescentes deprimidos no siempre están tristes, se presentan principalmente irritables, inestables y pueden ocurrir crisis de explosión e ira en su comportamiento (Soares 2001, Almeida Filo, 1997).

Otro síntoma asociado a los cuadros depresivos es la dificultad de concentración, motivación y desempeño que conlleva perjuicios en la adquisición y consolidación de nuevos conocimientos (Bandim et al, 1998), se toman despistados (Laks, Weller 1992, Moreno, Moreno 1995) y se olvidan con facilidad de las cosas. En el caso de los niños y adolescentes ese síntoma se manifiesta principalmente por la disminución en el rendimiento y aprovechamiento escolar (Carrasco et al 1999, Versiani et al, Lee et al. 2000), retardo psicomotor, en que el menor movimiento parece ser una gran dificultad (Del Porto, 1999). La toma de decisiones pasa a ser un proceso lento y hay un incremento del desinterés, además de rechazo, hiperansiedad en la escuela o ausentismo y fobia escolar (Carrasco, 1998, Barbosa, Galiao, 1996, Batista 2002). Es importante resaltar que tanto el estrés como la depresión influyen la producción y desempeño académico de los estudiantes, pues debilitan la capacidad de razonamiento, la memorización, la motivación y el interés del adolescente en relación al proceso de enseñanza-aprendizaje (Baptista 1998).

Para Paykel (1994) y Kazdin (1998), la depresión viene siendo estudiada sistemáticamente en la población general y señalan que los sucesos de la vida de una persona están asociados directamente a estos síntomas, lo que demuestra, científicamente, que los riesgos de la depresión son crecientes cuando están combinados con eventos de vida estresante, tales como: dificultades económicas, condiciones y situación social desfavorable, ambiente social hostil y falta de apoyo social, principalmente la presencia de otros eventos estresantes, como la muerte de uno de los padres o de un ser querido, separaciones interpersonales, transferencia de escuela y cambios en la apatencia (Windle, Malagris & Lipp, 1995).

Según Kazdin e Marciano (1998), Cordella, Grau (1999) y Kuipers en 1996, más del 80% de los jóvenes deprimidos presentan humor irritable, pérdida de energía, abatimiento y desinterés por sus cosas, sus quehaceres, sus amigos y pierden el interés social. Presentan además retardo psicomotriz, sentimientos de desesperanza, culpa, aislamiento, dificultad de concentración. Los adolescentes parecen experimentar una incapacidad de sentir placer (Cordella 1999, Carrasco et al, 1998). La pérdida de interés puede manifestarse en una mala higiene personal y grave reclusión social (Carlson 1995, Abbot, 1999).

Otra característica propia de esta fase es el deterioro en el rendimiento escolar (Aguilar 2001). Abou-Nazel et al (1999) encontraron que el desempeño académico bajo es un índice de alto riesgo para depresión en este rango de edad. La existencia de una leve tendencia sugiere que, a medida que aumentan los niveles de depresión, disminuyen los puntajes en el desempeño escolar (Pérez 2001), así como la baja autoestima, los pensamientos e intentos de suicidio y graves problemas de comportamiento, especialmente el abuso de alcohol y drogas (Schvoletto, Versiani 2000, Pataki 1995, Bahis 2002, Peña 1999, Cialdela, Grau 2001).

El estudio realizado por Pérez (2001) indica que las personas con nivel socioeconómico y cultural menos favorecido presentan mayor incidencia de depresión. Tal hecho ocurre más en escolares de la red pública que en alumnos de clases más favorecidas. Peña y Aguilar consideran la elevada prevalencia de los trastornos depresivos y el bajo funcionamiento psicosocial. Medina-Mora y colaboradores (1995) demostraron que los síntomas depresivos diferenciaban a un grupo de adolescentes que consumían drogas de otro que no las consumían.

Los síntomas más frecuentes son semejantes a los observados en los adultos: crisis de llanto, oscilaciones de humor, fatiga, aislamiento social, pérdida de interés, alteraciones del sueño y del apetito, irritabilidad y pensamientos suicidas (Kashani 1999, Flemming, Soares 2001).

En cuanto al estado afectivo de tristeza, hay sentimientos de vacío – "vacío del alma" (Cisneros 2001), todo parece sin gracia, no se siente placer o alegría en las cosas como antes. El adolescente siente ser un peso para los familiares y tiende a observar todo en forma negativa, sin lograr ver perspectivas para el futuro. La experiencia de la emoción dolorosa es vivenciada como mayor que cualquier dolor físico (Akiskal, 1995)

La autoestima es muy afectada y la persona se siente fracasada, fea, sin atractivos, sin cualidades y nutre una visión extremadamente negativa del mundo y del futuro (Beck et al, 1963).

Una baja autoestima parece ser también factor preponderante entre jóvenes deprimidos, es importante predictor para el intento de suicidio (González-Fortaleza, 1998). El desarrollo del pensamiento abstracto se da alrededor de los doce años de edad e implica

una comprensión más clara del fenómeno de la muerte. Por consiguiente, en los adolescentes depresivos tanto los pensamientos de suicidio como los intentos, que acostumbran presentar alta letalidad, alcanzan una dimensión mayor, pues los adolescentes son altamente vulnerables a las mismas (Bahis, 2002).

Se presentan cuadros de alteraciones de apetito, siendo lo más común su disminución y la reducción de la ingestión de alimentos seguida de una pérdida de peso significativa (Rakel, 1999; Kazdin, Marciano, 1998).

En niñas y adolescentes eso puede ser observado como una dificultad en alcanzar el peso esperado y no como pérdida de peso (Lee et al 2000). En un número mucho menor de casos ocurre el aumento del apetito, con ganancia de peso, que también puede, en algunos casos, ser significativo (Rakel, 1999).

Otros síntomas son las perturbaciones del sueño – el insomnio de medio ciclo – caracterizada por despertares múltiples durante la noche; insomnio terminal – con despertar más temprano que lo habitual; insomnio inicial, con dificultad para conciliar el sueño (Doris et al 1999, Rakel, 1999), que es característica clásica de la depresión, y acostumbra ser uno de los síntomas que aparece más tempranamente (Rakel, 1999). En algunos casos, principalmente en personas más jóvenes, es posible la ocurrencia de hipersomnia en vez de insomnio (Akiskal, 1999, Grau, Kazdin, Marciano 1998, Cordella, 1999 & Kuipers 1996).

Particularmente niños y adolescentes, tal vez por tener más dificultades de comprender sus reacciones internas, tienden a presentar comportamiento agresivo, con violencia dentro y fuera del hogar y alteraciones de conducta (Flemming & Offord, Soares, Escriva y Cordella, Asumpcao, 2000).

En este sentido se acostumbra decir que alguien está deprimido cuando se encuentra triste, aún cuando faltan todos los otros elementos mencionados. Esta equiparación entre el síndrome y uno de los síntomas de la misma no es mera confusión terminológica, sino que refleja una concepción causal, en que se considera la tristeza como el elemento que pone en marcha los demás, que serían su consecuencia. De ahí que se hiciese a las depresiones formar parte de la categoría nosológica de los trastornos de humor y de

afectividad. Sin embargo, puede presentarse la tristeza sin haber inhibición, al contrario con predominio de la excitación psicomotriz (Asumpcao & Baptista, 1999).

Existen también factores socioculturales (Weisman & Olson, 1985), los cuales el individuo no maneja adecuadamente. Las diferencias relacionadas con esos factores, así como los incrementos seculares de la depresión han sido revisados ampliamente en otros estudios. Debemos enfatizar que la cohesión familiar y la misma estructura de la familia, la mala relación entre padres e hijos se relaciona, significativamente, con la depresión bajo el aspecto de síntomas de ansiedad de los hijos (Peña, 1999). Se destacan también los conflictos familiares, el estrés persistente, desempleo inesperado, separación conyugal.

Son muchos los factores que parecen presentar riesgo para los adolescentes. El sentimiento de fracaso frente a las expectativas de la sociedad puede producir el aislamiento social y la baja autoestima, factores difíciles de soportar y que toman al adolescente presa fácil para el desarrollo de la depresión (Front et al, 1999).

En cuanto a los factores de riesgo para depresión en adolescentes, el más importante es la presencia de depresión en uno de los padres, siendo que la existencia de depresión en la historia familiar aumenta el riesgo por lo menos tres veces (Bahts, 2002, Nunes et al, 1992). Garrison (1997) en su estudio longitudinal encontró que el ambiente familiar en el inicio de la adolescencia es uno de los predictores de síntomas depresivos más importantes de los eventos de estrés en la vida.

La depresión puede manifestarse en innumerables enfermedades clínicas como gripes, SIDA, diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades del sistema nervioso central; trastornos endócrinos; enfermedades orgánicas crónicas, acción de medicamentos; uso de drogas lícitas e ilícitas, además de muchas otras que pueden desencadenar una crisis depresiva (Garber, Kashani, Del Porto, 1999).

Los estudios indican que los factores genéticos tienen importancia en el origen de la depresión, en aquellos individuos que presentan predisposición (Gattaz/FMU SP, 2000), "hijos de un padre depresivo presentan dos veces más probabilidad de manifestar trastornos afectivos. Ese número sube a cuatro veces el de la población general (Weller, Weller, 1992) para los hijos de ambos padres depresivos, gemelos bivitelinos con padres depresivos y gemelos univitelinos, con padres depresivos".

Los modernos abordajes psicobiológicos intentan unir la experiencia, el comportamiento y el sistema nervioso central. La depresión sería la manifestación clínica de un sistema límbico desordenado. Varios trabajos sobre autoimagen en los últimos años señalan alteraciones en estructuras del sistema límbico de pacientes deprimidos, como la corteza prefrontal, el tálamo, el hipocampo, la amígdala y los ganglios de la base (Doris et al., 1999, Soares, 2001, Laks, Cordella 1999).

Gruspun (1987) considera que la depresión es un problema importante en la infancia y adolescencia y que, desgraciadamente, no ha sido bien caracterizada y considerada como tal. Inicialmente, tenemos en el niño varios tipos de trastornos del sueño, cólicos, llanto involuntario, tristeza, inhibición psicomotriz. Esos trastornos, según el autor, son atendidos solamente por el clínico. Toolan (1975) afirman que, en general, las madres de estos niños también presentan características depresivas. Con la edad, el niño presenta síntomas con características autodestructivas, se convence de que es malo, perverso y llega muchas veces a ejercitar ideas masoquistas, especialmente en el ambiente familiar (Gruspun, 1987). Otras veces pasa a hacer exigencias continuas y desmedidas, con crisis violentas de llanto y ansiedad, cuando no son satisfechas sus peticiones.

Según Lang & Tisher (1997), de acuerdo con la literatura científica, los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a diagnosticarse. Los niños y adolescentes no son capaces de identificar lo que les sucede. Los adultos, relevantes en la vida del niño y del adolescente, no creen que un niño de esta edad pueda padecer depresión (Pérez, 2001), además admitir que el hijo tiene depresión implica su fracaso como padres y educadores.

Por otro lado, cuando se identifica un cuadro depresivo en el niño o en el adolescente, se debe averiguar si el problema presentado no es sólo un fenómeno normal del desarrollo, o se representa un fenómeno patológico. A ese respecto, Lang & Tisher (1997), y Esteveo (1997) afirman que existe una confusión sobre el concepto y la presencia de depresión en la infancia y adolescencia, lo que genera una necesidad de explorar la depresión con métodos sistemáticos y estructurados.

### Prevalencia de la depresión

En cuanto a la prevalencia, la literatura indica que las tasas varían de acuerdo con las poblaciones estudiadas, con los diferentes criterios de diagnóstico utilizados, a partir de diferentes instrumentos (Lima, 1999). Entre los niños, los índices de prevalencia varían entre 0.4 a 2.5% en los distintos trabajos (Birmaher et al., 1996).

Según el DSM IV, la prevalencia a lo largo de la vida es de un 10 a 25% para las mujeres y de 5 a 12% para los varones, para el Trastorno Depresivo Grave. Lima, Blazer (1999) afirman que las tasas altas entre las mujeres pueden reflejar el ambiente y el apoyo social diferenciado en la mayoría de las culturas, un comportamiento de búsqueda de ayuda más acentuado en las mujeres e incluso pueden deberse a prejuicios en los criterios de diagnóstico para Episodio Depresivo (Lima, Blazer, 1999).

Varios estudios señalan que las mujeres presentan niveles más altos de depresión comparadas a los varones, principalmente en las fases adolescente y adulta (Baptista, 1998), aunque en la edad prepúber los niveles son iguales o más altos para los varones (Carlson, Abbott, 1999).

Los estudios de Aguilar (1996), Baptista et al. (1998) concuerdan con los datos encontrados en cuanto a las hipótesis de que adolescentes del sexo femenino presentan más incidencia de depresión que los adolescentes del sexo masculino de la misma edad.

Las adolescentes en el estudio de Bahis (2002) reportan más síntomas subjetivos: sentimientos de tristeza, aburrimiento, vacío, dificultades en el entorno social para canalizar sus impulsos más agresivos y sexuales, falta de libertad (Aguilar, 1996); mientras que los muchachos relatan sentimientos de desprecio, desafío y desdén, además de presentar problemas de conducta y más libertad para explorar el mundo a su alrededor (Aguilar, 1996).

Aguilar (1996) destaca la importancia de las características culturales y sociales, desde el punto de vista económico, la posición que estas adolescentes ocupan en su comunidad, así como el hecho de que asumen responsabilidades precozmente: embarazo en la adolescencia, baja escolaridad, trabajo mal remunerado, frustraciones amorosas, padres o compañeros agresivos y exigentes, principalmente entre las clases menos favorecidas.



## Conclusiones

Concluimos que, a pesar de los avances en la investigación y en el tratamiento de la depresión, todavía persisten dudas sobre el tema. Por que la prevalencia es mayor entre las mujeres que entre los varones es una de ellas. Weisman & Klerman (1977) desarrollaron uno de los primeros estudios que levantarán la cuestión del género en la depresión. Otros estudiosos siguen sus investigaciones para entender esta prevalencia.

Algunos de los problemas encontrados en los estudios son: amplia variedad de frecuencias observadas, divergencias en cuanto al significado del concepto, la diversidad de las muestras y los instrumentos de evaluación utilizados (Pérez, 2001).

En cuanto al uso de la psicoterapia como modalidad de tratamiento, los estudios indican que las psicoterapias de línea cognitiva, el entrenamiento de habilidades sociales o interpersonales pueden ser útiles, pero las investigaciones han demostrado una eficacia inferior que las intervenciones de apoyo; sin embargo los expertos resaltan la importancia de la psicoterapia como componente del tratamiento.

La presencia de síntomas depresivos en la adolescencia implicaría un riesgo mayor de cuadro depresivo en la edad adulta, además de aumentar la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Swanson et al, Scares 1999, Barbosa 1996, Baptista 1999, Bahis 2002).

Los resultados de este estudio señalan que la depresión en la adolescencia es un problema en que la literatura científica presenta una considerable confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia y en la adolescencia, que engloba varios segmentos del sector de salud y que cobra importancia teórica, práctica y clínica, siendo, por lo tanto, una condición de relevancia epidemiológica y que merece amplia atención de los investigadores.

Es importante resaltar que tanto el estrés como la depresión influyen la producción y desempeño académico de los estudiantes, pues debilitan la capacidad de razonamiento, de memorización, de motivación y de interés del adolescente en relación al proceso de enseñanza-aprendizaje (Baptista 1998).

## Referencias

- Abou-Nazel, MW, Fahmy SI, Younis IA, Fatal MA. Et al. A study of depression among alexndria preparatory school adolescents. *J Egyptian Public Health Association*, 1991; LXVI: 649-74.
- Agrest, M. La depresión en distintos países. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America latina*, 1997;43 (1) 70.
- Aguiar, G. Eduardo. H. & Berganza, CE Autoestima y Depresión em Adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicologia*. 1996;28 (2) 341-66.
- Akiskal H.S. Transtornos de Humor: Características Clínicas. In:Kaplan H.I., Sadock B.J. Tratado de Psiquiatria. Trad. Batista D. et al. 6ª ed. Porto Alegre:Artes Médicas.
- Almeida Filho, N. Mari, JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandez J, Andreoli SB. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br. J.Psychiatry*, 1997;171,524-29.
- American Psychiatric Association, (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4ª ed.) Washington, DC, EE.UU: Autor.
- Assumpcao Jr, FB; Baptista, MN Depressão na adolescência: uma visão multifatorial. São Paulo: EPU, 2000.
- Bahls, SC. Aspectos clínicos de depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de pediatria (RJ)* 2002; 78 (5):359-66
- Bahls, SC. Depressive symptoms in adolescents of a public school. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24(2): 63-7.
- Bandim JM, Roázzi A & Doménech E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 47 (7): 353-60.
- Bandim JM, Sougey EB & Carvalho TFR. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1995; 44; 27-32.
- Baptista, MN; Baptista, ASD. & Oliveira, MG. Depressão e gênero: porque as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas de Psicologia* 1999; 7 (2): 143-56.
- Baptista, MN & Campos, LFL. Avaliação longitudinal de Sintomas de Depressão e Estresse em Estudantes de Psicologia. *Boletim de Psicologia*. 2000; (113):37-58.

- Baptista, MN; Santos, AM; Angelloti, GS; Doltao, EC & Miglioli, FA. Estudo exploratório da prevalência de depressão em adolescentes. *Infanto* 1998; 6 (1): 16-20.
- Barbosa AAG & Barbosa GA. Ansiedade e depressão na infância e adolescência: uma revisão epidemiológica e uso de instrumentos. *Neurobiologia* 1999, 62(1) 35-41.
- Barbosa GA. & Gaio AA. Ansiedade e depressão infanto-juvenil: um só transtorno? *Pediatria Moderna* 1999; 35(1/2):46-56.
- Barbosa GA. & Gaio AA. Depressão Infantil: um estudo de prevalência como o CDI. *Infanto*, 1995; 4 (3):36-40.
- Barbosa GA. & Gouveia VV, Almeida HUF, Gaio AA. Inventário de depressão infantil (CDI): estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995; 44:345-9.
- Berlinck MT & Fédida P. A Clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. III (2): 9-25.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, et al. Childhood and adolescent Depression: A Review of the Past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (11): 1427-39.
- Carlson GA. & Abott SF. Transtornos de humor e suicídio na infância e adolescência. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*. Trad. Batista D et al. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999:2569-96.
- Carrasco EB, Claro ST. & Soto GD. Depresión Mayor en el niño y adolescente: alguns aspectos relevantes. *Pediatría al día*, 1998; 14(4): 12-6
- Carvalho AC. Depressão: doença do corpo e da alma. *Psyche* 2000;4 (5):39-51.
- Cialdella PH. & Guillaud - Bataille JM. Epidemiologie de troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 1993; 41 (3-4): 175-184.
- Cisneros, LJ. Adolescência, Melancolia y Lenguaje. *Revista de Neuro-Psiquiatria* 2001,64:3-8.
- Cordella P. Depresión en la infancia y en la adolescencia: nuevos conceptos fisiopatológicos. *Pediatría Al Día* 1999; 15 (3): 151-58.
- Del Poro JA. Depressão: conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999; 21;SI:S6-11.
- Doris A, Ebmeier K. & Sajjan P. Depressive tones. *Lancet* 1999;354: 1369-75.
- Escriva. La depresión en población adolescente valenciana: un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia. Valencia, España, IVESP, 1992.

- Esteveao G. Do Diagnóstico de Depressão e suas Implicações Terapêuticas. *Temas* 1997;53: 71-84.
- French DC, Conrad J, & Turner TM. Adjustment of antisocial and non antisocial rejected adolescents. Special Issue: Developmental processes um peer relations and psychopathology. *Development and Psychopathology* 1995; 7 (4): 857-874.
- Frost AK, Reinherz HZ, Pakis-Camras B, Giaconia RM, & Lefkowitz ES. Risk factors for depressive symptoms in late adolescent a longitudinal community study. *American Journal of Orthopsychiatric* 1999; 3: 370-81.
- Garber, J & Kashani JH. O Desenvolvimento do Sintoma Depressão. In Lewis L. *Tratado de Psiquiatria da Infancia e Adolescência*. Trad. Ortiz IC et al. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Pág. 309-25.
- Garrison,CZ,Waller, JL; Cuffe, SP et al. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolescent. Psychiatry*, 1997, 36(4):458-65.
- Gattaz, W. O cérebro em pane. *Você SA*, janeiro de 2000.
- González-Fortaleza C, García G, Medina-Mora ME & Sánchez MA. Indicadores psicosociales de ideación suicida en generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1998; 21 (3): 1-9.
- Grau AG, Arias AC & Ghisays RH. Sintomas depresivos en estudiantes de psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1999, 45 (3): 234-39.
- Happonen M, Pulkkinen L, Kaprio J, Meere JV, Viken RJ & Rose RJ. The heritability of depressive symptoms: multiple informante and multiple measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43 (4) 471-79.
- Jimenez S. Depressão e Melancolia. In: *A Dor de Existir*. Rio de Janeiro: Ed. Calimeros, 1997 – pag. 200-205.
- Kazdin, AE & Marciano, PL. Childhood and adolescent depression. In: Mash, E.J.; Barkley, R.A, eds. *The treatment of childhood disorders*. 2ª ed. Guilford Publications, 1998; 211-48
- Kuczypnski E, Marcolin MA & Assumpcao JrFB. Atualizacao Sobre o Tratamento de Depressão na Infancia e Adolescência. *Psiquiatr. Biol.* 2001; 9 (2): 46-51.
- Kuipers H. How much is too much? Performance aspects of overtraining. *Res Q Exerc Sport* 1996; 67 (Suppl 3): 65-9.
- Kutcher, S.,Malkin,D.,Silverberg, J. et al Nocturnal cortisol stimulating hormone, and growth hormone secretory profiles in depressed adolescents. *J. Acad.C.* 1991;30:407-14.

- Laks J, Marinho VM, Rozenthal M & Engelhardt E. Neuropsicologia de depressão. *Revista Brasileira de Neurologia* 1999; 35(4):97-102.
- Lang M & Tisher M. CDS – Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA, 1997.
- Lima MS. Depressão: epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de psiquiatria*. 1999;21 (1): 11-5.
- Nunes, SOB, Dario J, Paulucci I. Avaliação familiar de distúrbios mentais em depressões infanto-juvenis. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1992;41(8):411-5.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde. 10ª Revisão. 5ª Edição. São Paulo: Editora da USP, 1998.
- Pataki CS & Carlson GA. Childhood and adolescent depression: a review. *Harvard Rev Psychiatry* 1995;3: 140-51.
- Paykel, ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, supplement, 50-58.
- Peluso MAM. Sintomas depressivos em jovens atletas. *Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência* 2000; 8 (3): 126-129.
- Peña F, Estrada A, Almeida L & Pérez F. Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental* 1999;22 (4): 9-13.
- Pérez MV & Urquijo S. Depresión en Adolescentes. Relaciones con el Desempeño Académico. *Psicología Escolar e Educativa* 2001; 5 (1): 49-58.
- Powell JW & Denton R. Adolescent Depression- effects of mutuality in the mother-adolescent dyad and locus of control. *American Journal of Orthopsychiatric*. 1995, 65(2), 263-273.
- Rakel RE. Depresión. *Mental Health* 1999;26 (2): 211-24.
- Reis RLR & Figueira ILV. Transtorno depressivo e suicidio na infância e adolescência. *Pediatria Moderna* 2002; 38 (6): 215-245(0).
- Rutter M, Tizard J, Yule W et al. Isle of Wight studies. *Psychological Medicine* 1976, 6-313-32.
- Scivoletto E, Nicastrì S & Zilberman ML. Transtorno depressivo na Adolescência: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina* 1994;51:1211-28.
- Soares K, Almeida-Filho N, Coutinho ESF & Mari JJ. Sintomas depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica". *Revista de Psiquiatria Clínica* 1999; 26 (5): 218-224.

- Versiani M, Reis, R. & Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Journal Brasileiro de Psiquiatria* 2000;49 (10-12): 367-82.
- Weller, EB; Weller, RA Transtornos Depressivos em Crianças e Adolescentes. In: Garfinkel BD; Carlson, GA; Weller, EB. *Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência*. Trad. Goulart, M.C.M. et al. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.15-29.
- Weisman MM, Wolf S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, et al. *Adolescentes Deprimidos: como ficam quando adultos*. *Jama Brasil* 1999; 3 (9):242-35.

## 2. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

## El adolescente en riesgo

Pedro Sánchez Escobedo

Universidad Autónoma de Yucatán

Javier Vales García

Instituto Tecnológico de Sonora

### Resumen

Por riesgo en la adolescencia se entiende, alguna condición biológica, psicológica o social que se ubica en una situación de vulnerabilidad y que, por tanto, el adolescente muestra probabilidades incrementadas de sufrir un estado de desajuste, mal adaptación o desventaja.

El presente capítulo aborda el concepto de riesgo en el adolescente. Aunque es difícil dar una definición de riesgo inequívoca, el propósito del mismo es describir algunos temas genéricos y fundamentales más comunes de la adolescencia, como son: el éxito escolar, la salud mental, la prevención del embarazo, el manejo de trastornos alimentarios y la promoción de hábitos saludables de vida, con la finalidad de que se identifiquen las señales de riesgo, signos y síntomas que anteceden a los problemas, las señales de alarma temprana y de cómo padres y profesionales, maestros, orientadores, psicólogos, trabajadores sociales, administradores escolares, médicos, enfermeras y otros trabajadores de los servicios de ayuda pueden actuar para tratar de disminuir los riesgos y probabilidades de desajuste. Es decir implica un enfoque preventivo, no se refiere al adolescente que ya sufre de alguna enfermedad, adicción, aflicción emocional o marginación social.

La disertación de los temas a tratar, se argumenta que la detección oportuna, la referencia a los servicios de apoyo en tiempo y forma, además un adecuado seguimiento de la intervención son las vías más eficientes de disminuir los problemas del adolescente y de facilitar la transición a la vida adulta con ajuste, adaptación y propósito de logro.

**Palabras clave:** adolescencia, factores de riesgo, prevención.

### Éxito escolar

El fracaso escolar en secundaria y bachillerato es alarmante en México, cerca del 40% de los alumnos que inician la secundaria no la terminan y alrededor de la mitad de los alumnos que inician el nivel medio superior no lo concluyen (SEP, 2004).



Bastin (1985), afirma que el rendimiento escolar, es un fenómeno muy complejo en el que entran en juego una serie de factores que desbordan el campo de las capacidades intelectuales. Todos hemos oído de sujetos brillantes que echan a perder su inteligencia y fracasan lamentablemente, también de niños menos dotados que, a fuerza de trabajo y de confianza, terminan por alcanzar todos los peldaños de la jerarquía escolar. Factores de personalidad, motivaciones de orden fisiológico, social, económico y cultural condicionan profundamente el rendimiento escolar. Padres y maestros se deciden a buscar orientación cuando el joven suspende una o varias asignaturas, o bien presentan calificaciones por debajo de la norma o simplemente dejan de asistir a la escuela.

Conviene aquí distinguir entre el retraso escolar y el fracaso escolar. Por retraso escolar se debe de entender como la pérdida de alguno o varios cursos escolares por parte del joven en relación a su grupo de edad, independientemente de cuál sea la causa o causas que producen ese retraso. El fracaso escolar es un fenómeno sumamente complejo donde intervienen una gran cantidad de factores. Aunque el fracaso escolar pueda ser consecuencia de múltiples factores existen evidencias de que dentro de éstos se encuentran como los más significativos: las características que aporta el estudiante (habilidades intelectuales, y sociales); su contexto familiar; y las características del funcionamiento de la escuela (Wenglinisky, 2002). Según Portellano (1989) los criterios que tienen que cumplirse para el diagnóstico de fracaso escolar son:

1. Nivel intelectual normal. Para ello, la evaluación ha de hacerse de forma individualizada por el profesional adecuado y con la ayuda de instrumentos de evaluación psicológica, como son las pruebas de inteligencia y las escalas de conducta adaptativa.
2. Ausencia de trastornos sensoriales severos que justifiquen el bajo rendimiento escolar. En sentido estricto no podemos considerar fracaso escolar al bajo nivel escolar obtenido por niños ciegos, sordomudos ya que en estos casos la causa del mismo radica en un déficit sensorial severo.
3. Ausencia de trastornos neurológicos mayores. Cuando aparezcan signos neurológicos mayores, no hemos de hablar de fracaso escolar. Un joven que padezca parálisis cerebral, con el consecuente trastorno motor asociado, no debe ser etiquetado de fracaso escolar, pues la limitación en su capacidad de aprendizaje se debe a la falta de integración de su sistema nervioso. En cambio sí son frecuentes los niños con dificultades de aprendizaje que no tienen una lesión cerebral probada, pero que presentan numerosos signos neurológicos menores.

4. Falta de alteraciones emocionales severas. Quedan al margen de la categoría del fracaso escolar los niños con trastornos afectivos mayores, afectados de psicosis infantil, autismo o trastornos profundos del desarrollo. Por el contrario si se presentan dentro de los estudiantes con fracaso escolar numerosos casos de reacciones neuróticas, depresivas o de maladaptación conductual, que justifican el descenso del rendimiento en los estudios, pese a que se da en niños con una buena capacidad intelectual.

5. Carencia de escolaridad, pobreza extrema o ausencia de instrucción. Los niños que han permanecido en condiciones de aislamiento cultural crónico, presentan dificultades de aprovechamiento escolar que no entran de lleno en el ámbito del fracaso escolar.

Quizás el mejor predictor de éxito escolar sea la presencia de prerrequisitos académicos y aptitudes escolares al entrar a la secundaria. Desafortunadamente muchos jóvenes en México llegan al nivel medio superior sin las herramientas indispensables para confrontar los cada vez más complicados contenidos académicos en estos niveles. Muchos casos son ya insalvables ante la ausencia de una detección temprana de estas dificultades en la escuela primaria. Ante estos casos, la orientación vocacional para referir a los alumnos a carreras técnicas u oficios que no exijan de prerrequisitos elevados, representa una solución para prevenir la frustración de dejar la escuela, para crear expectativas realistas y para la incorporación al mundo del trabajo de manera más expedita y acorde a las habilidades del adolescente.

### **Salud Mental**

Un estado emocional alterado es el origen del descenso en la productividad de los trabajadores y capacidad de aprendizaje de los alumnos, sin embargo, se reportan cada vez mas altos índices de problemas emocionales en los jóvenes. Portellano (1989) sugiere que entre un 30 y un 50% de los casos de fracaso escolar son debidos, en mayor o menor grado, a factores emocionales; y Shea y Bawer (2000) refieren que cerca del 45% de los estudiantes identificados con trastornos emocionales reprobó algún curso durante su bachillerato.

Los trastornos emocionales o conductuales pueden inducir directamente un fracaso escolar o laboral. Tal es el caso de un patología depresiva que produce una dificultad en la concentración y de las funciones intelectuales; o de un problema de autoestima negativa que lleva al individuo a no enfrentar los retos que conlleva el aprendizaje escolar.

Los factores de tipo emocional o conductual que pueden producir fracaso escolar o del empleo son muy variados, por su importancia y dada la alta frecuencia que presentan se menciona a la depresión, las conductas de evitación escolar, las conductas agresivas y la baja autoestima (ver la encuesta nacional de salud mental de Medina Mora, et al., 1993).

Una primera señal de alarma de problemas emocionales y conductuales es la demostración de pocas habilidades sociales, el aislamiento social y la incapacidad para mantener relaciones de amistad o de pareja. Muchas veces estas conductas son señal de problemas afectivos o de ansiedad.

Los padres y profesionales deben indagar acerca de hábitos de sueño, por ejemplo, presencia de insomnio o de dificultades para dormir, estado de ánimo, sentimientos de valía y capacidad de gozar la vida (anhedonia), áreas normalmente afectadas en los adolescentes con problemas emocionales. En los casos de trastornos mentales más severos, como la esquizofrenia, trastorno que aparece por lo común en la adolescencia, los afectos presentan además ideas de persecución y daño, aplanamiento afectivo y alucinaciones.

En el caso de sospecha de problemas emocionales y de salud mental, el adolescente debe ser referido cuanto antes con un psicólogo clínico o psiquiatra para un adecuado diagnóstico y manejo. En muchos casos, la medicación supervisada es un elemento de ayuda indispensable para la adaptación y confrontación de los estados emocionales alterados. Aunque el pronóstico depende de la condición y de la severidad del evento, en muchos casos es posible resolver la problemática con el apoyo profesional, el apego al tratamiento y el apoyo de la red social existente.

### **Trastornos de la alimentación**

Los trastornos de la alimentación se han hecho mucho más frecuentes en nuestros días, hoy vemos más individuos que padecen de obesidad y resulta también menos asombroso saber de adolescentes que padecen de anorexia o bulimia. En este apartado se describen las características más importantes de los trastornos de la alimentación y algunos factores de riesgo para la aparición de los mismos.

La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración por defecto, de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Este cuadro se presenta fundamentalmente en mujeres entre los 12 y 35 años; según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) se presenta en proporciones que oscilan entre un 0.5 y un 1 % por cada cien mil habitantes.

Las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas a pesar de presentar un aspecto esquelético. Sobreviene la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones. Para hacer el diagnóstico de anorexia un sujeto debe presentar peso anormalmente bajo, temor a aumentar de peso o engordar, percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo, dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos.

Otro trastorno de la alimentación común en la adolescencia es la bulimia caracterizada por episodios incontrolables de comer en exceso. Se presenta generalmente en adolescentes o mujeres jóvenes. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos de sus síntomas atracones. El joven siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico, una vez que termina de comer, le invaden fuertes sentimientos de culpa: ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose vomito, realizando ejercicio excesivo y utilizando métodos purgativos.

Los factores de riesgo de los trastornos alimentarios son tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida y ser poco habilidosos en las relaciones sociales constituye un perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

Hales, Yudofky y Talbott (2000) afirman que los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, impulsividad, ira, rebeldía y retraimiento social. También reportan que más de un 60% pacientes con trastornos de alimentación presentan algún tipo de problema de personalidad y que cerca de un 20 % de los mismos abusaba de alcohol o drogas. El tratamiento en el caso de la anorexia es la referencia a un psiquiatra ya que su manejo es primariamente farmacológico y existe riesgo de muerte que no debe soslayarse; en el caso de la bulimia, la psicoterapia individual, el uso de ansiolíticos y la terapia de grupo han dado buenos resultados.

No puede cerrarse el tema sobre trastornos alimentario sin mencionar el grave impacto de la obesidad en el adolescente. La obesidad es el resultado de un exceso de tejido graso corporal (la grasa corporal no debe ser mayor de 15% en hombres y 30% en mujeres) con implicaciones para la salud, calidad de vida y estado psicológico del paciente. Esta condición es debida a un balance positivo entre las calorías ingeridas y las gastadas por el organismo y está relacionada con el tipo de ingesta alimentaria y el estilo de vida del sujeto. Por lo general las personas obesas se quejan de que no pueden frenar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas. Algunos refieren que no pueden distinguir el hambre de otros estados disfóricos y comen cuando están alteradas.

Las causas de la obesidad aún no han sido totalmente comprendidas, por lo general cuando se aborda este tema se refieren las siguientes características:

1. Genéticas: La investigación ha descubierto una fuerte influencia genética en su determinación. Cuando los dos padres son obesos el 80 % de los hijos lo son, cuando solo uno de los padres es obeso la cifra disminuye a un 40% y solo el 10% de los sujetos de padres delgados es obeso. Estudios realizados con gemelos homocigóticos y niños adoptados confirman estas hipótesis (Hales, Yudofky & Talbott, 2000). También se sabe que unas personas tiene mucha más facilidad para metabolizar los alimentos que otras.
2. Físicas. Existen varias enfermedades que pueden producir obesidad, dentro de estas se señalan los problemas hipotalámicos, la enfermedad de Cushing, entre otros.
3. Medicamentosas. Existen medicamentos cuyo uso prolongado puede causar obesidad al sujeto, los casos más reportados son el de los antidepresivos tricíclicos y los corticoides.
4. Psicológicas. Existen numerosas teorías psicológicas para explicar la obesidad, entre las que resaltan las teorías psicodinámicas, las cuales postulan que el comer es un mecanismo de defensa que compensa, substituye o disfraza un conflicto psicológico

subyacente el cual resulta más doloroso para el sujeto que el acto de comer; las teorías conductuales, que afirman que la conducta de comer ha sido asociada a satisfacción, premio o retribución emocional, afectiva; y las teorías sociales que afirman que la obesidad es consecuencia de una imitación de modelos. Estas teorías estuvieron de moda hasta prácticamente los años 80, sin embargo las investigaciones realizadas sobre esta temática no han encontrado características psicopatológicas específicas en poblaciones de alumno obesos. Quizás las problemáticas psicológicas que se les atribuyen a los obesos son realmente causas y no consecuencias.

5. Socioculturales. El entorno social del individuo influye en la presencia de este trastorno, es común encontrar en nuestra cultura que casi todos los eventos (familiares, políticos, de negocios e incluso religiosos) se asocian con comida. Además nuestra dieta tiende a ser alta en grasa y baja en contenido de fibras. Otro aspecto importante que se ha originado a raíz del desarrollo tecnológico es el déficit de actividad física que presentan muchas personas especialmente del medio urbano.

Podemos apreciar que la obesidad es un trastorno complejo en cuya determinación se hayan involucrados factores de varios tipos, donde se combina una cierta predisposición heredada con factores socioculturales como los hábitos alimenticios.

Resulta evidente y también claro que la obesidad ocasiona dificultades en la salud física del individuo ya que se asocia a trastornos como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, entre otras. En el aspecto emocional este trastorno trae como consecuencia importantes daños en la autoestima del sujeto, dificultades en sus relaciones sociales, depresión y ansiedad. Estas condiciones provocan que los adolescentes no se involucren de manera efectiva en tratamientos.

Los factores de riesgo de esta condición son familiares en primer lugar, ya que mayoría de los adolescentes obesos tienen padres con sobrepeso. Es muy importante brindar apoyo emocional y acudir a un programa integral para el control de peso y la re-educación en los hábitos alimenticios. Las dietas deben ser elaboradas por un especialista de manera individual ya que no todos los individuos tienen las mismas necesidades calóricas, una dieta mal llevada puede ocasionar carencias nutricionales al individuo y un efecto contrario al deseado. El ejercicio diario es la clave para la mantener y reducir peso. En casos extremos considerar el apoyo de grupos de autoayuda, tratamiento farmacológico o quirúrgico.

## Embarazo

En los 10 últimos años, el embarazo adolescente ha sido un tema de gran preocupación en varios sectores de la población en México, esto se evidencia en el incremento de políticas y programas de educación sexual, reformas a los libros de educación gratuita para incluir los temas de sexualidad, programas sociales, políticos y de población dirigidos a eliminar este problema. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta materia siguen siendo pobres y es un grave problema de salud y mal social continúa en asenso.

Stem (1997) define cuatro elementos que llevan a considerar este fenómeno como un problema público, social y de salud más que moral: a) el incremento de embarazos adolescentes en la última década; b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) los efectos adversos sobre la salud de la madre y del joven; y d) su contribución a la persistencia de la pobreza.

Además, el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población. Este fenómeno se concentra en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.

En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente, la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes tienen poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

El argumento más comúnmente manejado para definir este fenómeno como un problema público, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de los efectos adversos que genera sobre la salud de la madre y del joven.

Los datos de alarma temprana son pues un tanto evidentes: jóvenes aisladas o mal supervisadas, que sostienen relaciones sexuales tempranas; niñas con carencia afectiva que buscan en el varón/pareja el afecto faltante en el hogar. El problema en muchos casos de riesgo, es la carencia del apoyo, interés y supervisión de los padres. Además, las escuelas han tomado laxamente este problema, no pudiendo la mayoría de las autoridades quitar la connotación moral a este problema de salud pública.

### **Hábitos de vida y abuso de sustancias**

Sánchez, De Lille, Vales y Galván (2004) reportaron gran preocupación en estudiantes universitarios en México respecto a los hábitos de vida en esta etapa por ejemplo falta de sueño, ejercicios, descanso y exceso de ingestión de bebidas, fumar y fiestas.

Quizás la preocupación de estos jóvenes está asociada a la incidencia entre estilos de vida y el abuso de sustancias. Hoy en día, las adicciones constituyen en México una importante amenaza al bienestar de los adolescentes. La adicción a drogas es un grave problema social y de salud. Su origen es multicausal, ya que intervienen factores sociales, familiares e individuales. En México, el consumo de bebidas alcohólicas y del tabaquismo representa un serio problema de salud. La Encuesta Nacional de Adicciones indica que el 66% de la población estudiada iniciaron el consumo de alcohol antes de los 19 años de edad, y el 72.2 % el tabaco (Centros de Integración Juvenil, 1996 ).

Medina Mora, et. al (1993), reportan que las mayores tasas de prevalencia se centran en las regiones Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora) con un 6.7% y Occidental (Aguas Calientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas) con un 5.5%.

El Programa Nacional para el Control de Drogas de la Procuraduría General de la República (PNCD – PGR, sin fecha) citando la Encuesta Nacional de Adicciones 1988 y 1993 reportó crecimiento en la prevalencia del uso de drogas ilícitas, en la categoría alguna vez en la vida, sin incluir datos del sureste de México. El mismo programa, citando la Encuesta Nacional del Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar realizada en 1991



por la Dirección General de Educación Escolar de la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, reportó un índice nacional de 3.5 % de consumidores de inhalables y 1.5 % de consumidores de marihuana, y situó el inicio en el consumo entre los 11 y los 15 años. Sin embargo, la población de adolescentes que se hallan en riesgo de iniciarse en el uso de drogas no se encuentra descrita o caracterizada, así como tampoco lo están los factores asociados al consumo.

Berenzon, Medina-Mora y Carreño (1993) reportaron las tendencias provenientes de una medición que hicieron entre estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal. Destacaron las estadísticas referidas al consumo, alguna vez en la vida, de tabaco y alcohol, habiéndose reportado porcentajes de 48 y 74, respectivamente. Los porcentajes correspondientes a los consumos de sustancias inhalables, marihuana y cocaína fueron 4.8, 3.6 y 1.7.

Ortiz, Rodríguez, Galván, Soriano y Flores (1999) reportaron en una muestra de 696 casos de usuarios captados en diversas instituciones, que las drogas de inicio más utilizadas fueron la marihuana (40 %), los inhalables (27 %) y la cocaína (24 %).

Los resultados de una encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, realizada periódicamente por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con población estudiantil de educación media básica y media superior, indicaron que, al interior de este grupo poblacional, son los varones de mayor edad y que cursan preparatoria, quienes están en mayor riesgo de consumir sustancias (CIJ, 1996).

Se puede observar que la mayoría de los estudiantes menores de quince años, aún no han tenido contacto con alguna sustancia; por lo tanto es en el nivel de secundaria en donde se puede introducir programas de prevención de abuso de sustancias para tratar de combatir el problema de drogas en un futuro.

Escalante y Sánchez (1997) en un estudio realizado en escuelas secundarias públicas de Yucatán, concluyeron que las sustancias más consumidas por la población estudiantil son el alcohol y el tabaco, mientras que las sustancias ilegales no mostraron un consumo generalizado; que el género también influyó en el consumo, hallándose que las mujeres consumieron mucho menos que los hombres; asimismo, que los amigos fueron

mundo lo hace", el consumo de sustancias aparece como normal y el propio consumo puede iniciar más fácilmente (CSAAA, 1997).

Se ha encontrado que los adolescentes que tienen problemas de abuso de drogas ejercen una autocrítica negativa, tienen una percepción crónica de fracaso, una autoestima baja y vivencias de depresión y ansiedad constantes (McWhirter, et al., 1993).

La interacción de vivencias emocionales desagradables en estos jóvenes con dificultades para enfrentar las mismas los conducen al consumo de drogas. Éstos ven en el consumo de drogas un medio legítimo para evitar sus vivencias desagradables o para enfrentar problemas externos. Asimismo, rasgos de personalidad como la necesidades de conductas excitantes y riesgosas, la dificultad para el control de los impulsos y demorar la gratificación, así como, las dificultades en las relaciones interpersonales se asocian al abuso de drogas. Otro factor que se asocia de manera consistente al consumo de sustancias es el fracaso escolar. Lees, Deen y Parker (1994) asociaron a las conductas adictivas dos elementos dentro de este factor: el bajo desempeño escolar o las notas muy bajas, reprobatorias y el desinterés por los eventos educativos que resultan en vagancia, inasistencia o vandalismo en la escuela.

Quienes abandonan los estudios son más propensos al uso de drogas como la cocaína, a beber alcohol y fumar marihuana que aquellos que permanecen en la escuela (CSAAA, 1997). En CONACE (1999) se asienta que el consumo de marihuana y cocaína se multiplicó hasta tres y cinco veces respectivamente en estudiantes que aceptaron tener problemas escolares, contra los que dijeron no tenerlos.

### **Conducta antisocial y delincuencia**

La incidencia de delincuencia juvenil está definida tanto en términos de arresto o en términos de comportamientos como robar, asaltar y dañar a otras personas, parece aumentar en los últimos años y ha empezado a convertirse en una preocupación para las autoridades. Estimaciones recientes sostienen que las tasas de criminalidad oscilan entre un 6% y un 16% para los hombres, y un 2% y un 9% para las mujeres (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Se estima que en los Estados Unidos cerca 135 mil jóvenes llevan armas a la escuela cada día (Salazar, 1996), en ese país el vandalismo cuesta más de 500 millones de dólares anuales. En 1997 se hicieron en Estados Unidos

considerados como la fuente de mayor influencia en el consumo de alcohol y otras drogas.

En el Estado de Yucatán, entre los tipos de drogas más comunes utilizados por los pacientes del Centro de Integración Juvenil de Mérida durante 1994, se encontró la marihuana con un 35 %, la cocaína con un 18 %, los inhalables con un 14%, los opiáceos con un 10 %, los sedantes con un 11 % y otras drogas con un 12 % (Diario de Yucatán, 1996).

La droga es dañina, aunque los efectos pueden variar dependiendo de la cantidad, la frecuencia, la vía de consumo, el tipo de droga y las condiciones físicas y mentales del consumidor. La drogadicción es una de las principales preocupaciones de la sociedad, pues no distingue posición socioeconómica, formación o procedencia (Velloso, 1992). Según el DSM IV el abuso de drogas puede definirse como un patrón mal adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, donde se presenta uno o más de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones;
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo cuando se conduce un automóvil);
- Problemas legales repetidos relacionados con el uso de sustancias;
- Consumo continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales, interpersonales recurrentes asociados al uso de la sustancia.
- Consecuencias del abuso de sustancias

Schinke, Botvin y Orlando (1991) postularon que la conducta y actitudes familiares son un importante factor de riesgo: los individuos con familiares y amigos consumidores de sustancias corren un riesgo significativamente mayor de ser consumidores ellos mismos. Lees, Deen y Parker (1994) mencionan otros factores de riesgo familiares como los conflictos en el seno de la familia, los lazos familiares relajados y prácticas de convivencia pobre e inconsistente entre los miembros. Lexcen y Redding (1999) dedujeron de la literatura que algunos jóvenes pueden modelar e imitar el consumo de alcohol y drogas de las conductas paternas. Establecieron que los jóvenes cuyos padres están más involucrados con ellos y les proporcionan influencias positivas contra las drogas a través de sus conductas y actitudes, son menos proclives al abuso de sustancias.

El principal factor protector de las adicciones es la atención, vigilancia y supervisión de los padres. Uno de cada cuatro jóvenes que utilizan drogas sienten no haber recibido suficiente supervisión de sus padres. Los padres que no aportan suficiente apoyo emocional o que no desaprueban activamente los problemas de conducta exhibidos por sus hijos pueden tener más adolescentes con problemas de consumo de alcohol y otras sustancias (Comisión on Substance Abuse Among American's Adolescente [CSAAA], 1997).

La presencia de refuerzos y modelos sociales se asocia al consumo de drogas en los adolescentes. Los adolescentes que consumen drogas obtienen refuerzos tanto físicos (vivencias agradables que producen las drogas a corto plazo, eliminación de vivencias negativas), como un refuerzo social derivado de la atención y el estatus que le da el consumo de drogas en determinados grupos de adolescentes. Schinke, Botvin y Orlando, (1991) propusieron que la relación con pares contemporáneos se establece como substituta de la relación con los padres en la evolución del joven; el natural rechazo del joven a influencias negativas provenientes del ambiente no familiar se transforma paulatinamente en susceptibilidad para aceptar las presiones e influencias de los amigos y contemporáneos. De similar forma, Lees, Deen y Parker (1994) destacaron como factor de riesgo la asociación con compañeros consumidores, así como el rechazo de sus contemporáneos en los años de enseñanza elemental.

Lexcen y Redding (1999) establecieron que la relación con los amigos puede influir profundamente en las conductas adictivas, quizá porque quienes se inician observan e imitan el consumo de otros jóvenes prominentes en los grupos o escuelas, o bien, porque el inicio en el consumo de sustancias bloquea el contacto con pares no consumidores involucrados en actividades más deseables socialmente.

La conducta de consumo o abstinencia en los amigos representa uno de los mejores predictores del abuso de sustancias en los adolescentes. Las actitudes y comportamiento de los compañeros y amigos pueden reforzar la inclinación de un adolescente al uso de drogas. Las percepciones que los jóvenes tienen de sus amigos también son importantes. En ocasiones, los jóvenes sobrestiman las características de sus contemporáneos y amigos creyendo que los consumos de alcohol y drogas entre ellos son más frecuentes de lo que en realidad son. Cuando un adolescente piensa que "todo

136, 500 arrestos por vandalismo en menores de 18 años, esto representa el 44 % de todos los arrestos por vandalismo. Entre los años de 1988 a 1994 los casos de vandalismo juvenil se incrementaron en un 48 % (Stahl, 2000).

La situación anterior no parece ser muy diferente en nuestro país donde también se ha experimentado un incremento de la delincuencia juvenil. Por ejemplo, mientras que en 1988 se detectaron en Sonora 370 delincuentes juveniles, tan sólo en el primer trimestre de 1999 se habían presentado ya 536 ingresos a los centros de internamiento del Consejo Tutelar (Frias, Sotomayor, Varela, Zaragoza, Banda & García, 2000). Situación similar se presenta en Yucatán, en donde hubo 200 ingresos durante 1996 a la Escuela de Educación Social y 250 durante 1999 (Escuela de Educación Social del Estado de Yucatán, 1999).

La prevención y el tratamiento adecuado y oportuno de estos menores parece ser de suma importancia y se hace necesario desarrollar nuevas estrategias, planes y programas a largo plazo, máxime si se tiene en cuenta que muchos de estos menores podrían continuar presentando problemas de adaptación social durante todo el resto de su vida.

Diversos autores (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994; Kaufman, 1990; Kazdin y Buela-Casal, 1999; Sattler, 1996) sostienen que las problemáticas más frecuentes que presentan estos menores son abandono o retraso escolar, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de habilidades sociales, baja autoestima, ausencia de un proyecto de vida, farmacodependencia, desintegración familiar y conductas sexuales inadecuadas.

El reto de la prevención es aún mayor cuando se trata de un joven con alto riesgo de conducta delictiva como adulto. Agüero (1999) reporta que entre el 33% y el 45% de varones y el 11% y el 30% de mujeres que presentan un trastorno de conducta disocial en la niñez o adolescencia, evolucionarán hacia un trastorno antisocial de la personalidad cuando adultos. Está bien fundamentada también la noción de que existe una continuidad entre los trastornos de conducta en la infancia, los problemas académicos a los 14 años y el desempleo en la vida adulta (Kokko & Pulkkinen, 2000), y de que hay evidencia que la conducta antisocial en la adolescencia predice un futuro divorcio en la vida adulta o tener hijos fuera del matrimonio (Emery, Waldron, Kitzmann, & Aaron, 1999).

Por tanto, resulta pertinente cuestionar ¿cuáles son los factores que vuelven resistentes a estos jóvenes a las circunstancias adversas de la vida?. Al parecer la presencia de redes de ayuda social tiene un papel protector ya que aminorará la probabilidad de conducta delictiva. Mc Whirter, et al. (1993) reportan que los jóvenes resistentes buscan con más frecuencia las redes de ayuda social.

La red de apoyo más importante es la familia, y la familia extensa en México; en ausencia de ésta estructura, resulta necesario incorporar al joven a las distintas organizaciones de apoyo social, como por ejemplo clubes deportivos, grupos religiosos, de autoayuda, etc.

El que los padres posean empleos y que la familia cuente con una situación económica aceptable constituye también un importante factor de protección (Francés, 1998; Mc Whirter, et al., 1993). En nuestro país se deben hacer grandes esfuerzos al respecto, los cuales indudablemente contribuirán a una disminución de los índices de delincuencia.

Otros factores del ambiente que se reportan como importantes son las ayudas sociales que se les pueda brindar a los padres para atenuar el estrés de la crianza de los hijos. Un estudio realizado acerca de los padres que reciben ayuda para tratar con el estrés muestra que los niños de estos padres asisten más a la escuela, necesitan menos ayudas especiales, los maestros se expresan más positivamente de ellos y presentan menos comportamiento agresivo y antisocial. Los niños de padres que no reciben apoyo tienen más probabilidad de estar casi todo el día fuera de la casa sin el conocimiento de su madre y de exhibir conductas agresivas hacia sus familiares (American Psychological Association, 2001).

Para prevenir el riesgo de conductas antisociales es necesario contar con una buena relación con alguno de los padres, la comunicación enfocada, flexible y bien estructurada, la promoción de la independencia, y el hecho de involucrar a los hijos en redes de apoyo social (Francés, 1998; Mc Whirter, et al., 1993).

Kokko y Pulkkinen (2000) sostienen que los estilos de paternidad democráticos y centrados en el joven son factores que disminuyen la probabilidad en los jóvenes de padecer problemas de adaptación social en la vida adulta. Este estilo de paternidad hace que los padres sean capaces de establecer reglas claras y firmes pero a la vez flexibles, que pueden discutirse de manera abierta y racional con los hijos es considerado un

elemento protector de conductas antisociales. Kazdin y Buela-Casal (1999) señalan como factores protectores el que los padres permanezcan juntos y mantengan una relación armónica, la comunicación efectiva entre padres e hijos, la participación en actividades familiares, las prácticas educativas consistentes por parte de los padres, la recompensa de las conductas apropiadas socialmente marcadas y la supervisión de las actividades de los hijos.

Según Mc Whiter, et al. (1993) señalan que las características de los adolescentes que tienen poco riesgo de conductas antisociales son: a) competencias para la escuela, b) concepto de sí mismo y autoestima, c) comunicación con otros, d) habilidad para hacer frente a dificultades y e) capacidad para el control de sus impulsos.

### Conclusiones

Se han revisado algunos de los principales problemas que confrontan los adolescentes en México. En todos los casos se ha identificado factores protectores de resistencia y también de vulnerabilidad y de riesgo. Es claro que el apoyo, supervisión, y la red emocional que los padres proveen es fundamental para el ajuste del joven. Cuando éstas faltan, la escuela, los servicios de salud y, otras instancias sociales deben de entrar a apoyar al joven. Lamentablemente son pocas las instituciones dedicadas a atender los problemas juveniles, los servicios no son eficientes y por sí fuera poco, no existe una cultura de acudir en busca de ayuda cuando se presentan los problemas.

Un segundo factor importante es la necesidad de intervenir tempranamente, es decir mientras más rápida y expedita sea la intervención, mejores son las probabilidades de confrontar y superar los factores de riesgo. Para esto es necesario tener mejores estrategias de detección de los problemas para poderlos referir oportunamente.

El proceso defendido para reajustar el desequilibrio ha terminado cambiando la guía escolar del papel profesional, aunque esta nueva dirección también se ve como una responsabilidad de todo el personal de la escuela. Defendiendo un papel central para el consejero escolar, como la persona crítica en el sistema que proporciona un servicio inmediato y directo a los problemas y preocupaciones de los estudiantes, evitando con esto el acercamiento al conagal burocrático de educación especial. El consejero escolar responde a todas las referencias del personal escolar a través del establecimiento

programas de ayuda a los estudiantes. Estos programas también sirven para prevenir el desarrollo de problemas más serios y elimina el largo retraso entre el reconocimiento del problema y la ayuda.

## Referencias

- Agüero, A., J. (1999). El trastorno de conducta en la infancia, como el trastorno precursor del adulto antisocial. *Revista electrónica de Psiquiatría*. Recuperado el día 23 de octubre de 2004 de [www.psicom/psiquiatría/vol2\\_num4/art2.html](http://www.psicom/psiquiatría/vol2_num4/art2.html)
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). EUA: Masson.
- American Psychological Association (2001). *Is youth violence just fact of life?* Recuperado el 2 de noviembre de 2004 de [www.apa.org/violence.html](http://www.apa.org/violence.html)
- Bastin, G., (1985). *¿Por qué fracasan nuestros escolares?* México: Ediplesa.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. & Carreño, S. (1993). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993. *Salud Mental*, 19 (1): 1-5. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Centros de Integración Juvenil (1996). *Tendencias de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centro de Integración Juvenil A.C. (1990-1995)*. México.
- Comisión on Substance Abuse Among American's Adolescente [CSAAA] (1997). *Substance abuse and the american adolescent*. Recuperado el 10 de febrero de 2001 de <http://casacolumbia.org/usr-dop/5888.pdf>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE](1999). *Consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile. Resultado del estudio de escolares de 1999*. Recuperado el 5 de noviembre de 2000 de [www.conace.cl/html/estudios/est-escolares-99.html](http://www.conace.cl/html/estudios/est-escolares-99.html)
- Diario de Yucatán (18 de nov., 1996). *Tribuna de la American Medical Association*. Mérida Yucatán.
- Emery, R., Waldron, M., Kitzmann, K. & Aaron, J. (1999). *Delinquent Behavior, Future Divorce or Nonmarital Childbearing and Externalizing Behavior Among Offspring: A 14-Year Prospective Study*. *American Psychological Association*. Recuperado el 5 de abril de 2002 de [www.apa.org](http://www.apa.org), vol. 13, no. 4, 566-579.



- Escalante, R. & Sánchez, P. (1997). Actitudes, creencias y patrones de abuso de sustancias en adolescentes con diversos tipos y grados de escolaridad en el Estado de Yucatán. *Educación y Ciencia*, 1:2. Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán.
- Escuela de Educación Social del Estado de Yucatán (1999). Estadísticas. Material no publicado.
- Francés, M. A. (1998). Factores de riesgo en la delincuencia juvenil (Monografía). Universidad de Salamanca. Recuperado el 13 de agosto de 2000 de [www.lafacu.com](http://www.lafacu.com)
- Frias, A., Sotomayor, P., Varela, C., Zaragoza, O., Banda, C. & Garcia, S. (2000). Predictores de la delincuencia juvenil. *La Psicología Social en México*, vol. III, 486-492.
- Hales, R., Yudofky, S., Talbott, M. (2000). Sinopsis de psiquiatría clínica: basado en el DSM-IV. México: Paidós.
- Kaufman, K. (1990). Psicometría razonada con el WISC. México: Manual Moderno.
- Kazdin, E. A. & Buela-Casal, G. (1999). Conducta Antisocial. España: Pirámide.
- Kokko, K. & Pulkkinen, L. (2000). Agresión in Childhood and Long-Term Unemployment in Adulthood A Cycle of Maladaptation and Some Predictive Factors. *American Psychological Association*. Recuperado el 23 de octubre de 2003 de [www.apa.org](http://www.apa.org), vol. 36, no. 4, 463-472.
- Lees, M., Deen, M. & Parker, L. (1994). Research Review: substance abuse and violence. Recuperado el 5 de agosto de 2000 de <http://cahs.wsu.edu/~sherfey/issueese.htm>
- Lexcen, F. & Redding, R. (1999). Substance abuse and dependence in juvenile offenders. *Juvenile Forensic Evaluation Resource*. Recuperado el 21 de diciembre de 2000 de <http://ness.sys.virginia.edu/juv/substance.html>
- McWirtter, J., McWirtter, B., McWirtter, A. & McWirtter, E. (1993). A risk youth: a comprehensive response. EUA: Broods/Cole Publishing Company
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Pública en México*, vol 45, 16-25. Recuperado el día 2 de noviembre de 2004, de [http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1\\_5.pdf](http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_5.pdf)
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Galván, J., Soriano, A. & Flores, J. (1999). Sistema de reporte de información de drogas. Instituto Mexicana de Psiquiatría. Recuperado el día 19 de enero de 2001 de [www.imp.edu.mx/sociales/bridprin/index.html](http://www.imp.edu.mx/sociales/bridprin/index.html)

- Portellano, J. (1989). Fracaso Escolar. España: CEPE, S.A.
- Procuraduría General de la República (sin fecha). Programa Nacional para el Control de Drogas. Recuperado en 21 de enero de 2001 de [www.pgr.gob.mx/pncod/pncoddiag.htm](http://www.pgr.gob.mx/pncod/pncoddiag.htm)
- Sánchez, P., De Lille, M., Vales, J., Galván L.A. (2004). Necesidades de orientación de estudiantes de Sonora y Yucatán. México: Memorias del X Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología Social.
- Salazar, A. (1996) Juventud y Violencia. La construcción de lo juvenil. México: Centro de Investigación y Estudio Sobre la Juventud.
- Settler, J. (1996). Evaluación Infantil. México: Manual Moderno.
- Schinke, P., Botvin, G. & Orlando, M. (1991). Substance abuse in children and adolescents. EUA: Sage Publications.
- SEP (2004). Documento de apoyo a las prácticas de los SEC. México: SEP.
- Shea, T., Bawer, M. (2000). Educación especial; Un enfoque ecológico. México: McGraw-Hill.
- Stahl, A. (2000). Juvenile Vandalism. . Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Recuperado el día 18 de septiembre de 2004 de <http://www.ojjdp.ncjrs.org/jdp.html>
- Stern, C. (1997). El embarazo como problema público: una visión crítica. Revista de Salud Pública. no. 39, p. 137-143.
- Velloso, A. (1992). La educación sobre las drogas en el mundo occidental. Revista de Educación. no. 297. Enero-Abril.
- Wenglinsky, H. (2002). The link between teacher classroom practiques and students academic performance. Education policy analysis archives, vol. 10, no. 12.

## **Embarazo adolescente y comportamiento sexual reproductivo en menores de edad en el municipio de Cajeme, Sonora\***

Gregorio Belmonte Juárez

Profesor-Investigador del Instituto Tecnológico de Sonora

Aldo Bazan Ramírez

Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos

### **Resumen**

El presente estudio presenta un análisis del embarazo adolescente y el comportamiento sexual reproductivo en menores de edad, en el Municipio de Cajeme, Sonora. La muestra se constituyó por 52 informantes, que acudieron al Hospital General de Ciudad Obregón, en el periodo del 2001 a mayo de 2003. El análisis de las entrevistas realizadas se efectuó con metodología cuantitativa y cualitativa. Entre las características de las jóvenes se encontró que el estado civil preferente es la unión libre o soltería; en cuanto a la escolaridad, el 89% de las entrevistadas se encontraban fuera del sistema escolar al momento del embarazo. Además se reportaron conflictos intrafamiliares, donde las adolescentes conviven con padrastros y tensiones que las impulsan a salir fuera del hogar.

**Palabras clave:** adolescentes, embarazo, conducta sexual, conflictos familiares

### **Introducción**

En este trabajo abordamos las características más sobresalientes de la población femenina en el estado de Sonora como marco en el cual ocurren las particularidades regionales del comportamiento sexual reproductivo de las adolescentes en el municipio de Cajeme, a partir de los datos recabados y registrados en el periodo comprendido del 2001-2003. (cuando se hace referencia al año 2003, se contempla sólo los datos registrados hasta el mes de mayo).

### **Objetivos**

El objetivo general de esta investigación consiste en analizar los comportamientos sexuales reproductivos en adolescentes, en un marco sociocultural en el cual un conjunto de creencias y valores sobre la sexualidad y la reproducción se divulgan y se practican.

---

\* Trabajo realizado en el Hospital Regional General de Ciudad Obregón, Sonora

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio basado en metodologías tanto cualitativas como cuantitativas. Las fuentes de información en los que se apoya la presente investigación consisten en registros vitales directos de pacientes atendidos en el Hospital General de cd. Obregón, Sonora (el hospital atiende población marginada); en el periodo del 2001 a mayo del 2003; la consulta de los últimos Censos INEGI (X, XI y XII) correspondientes a los años 1980, 1990 y 2000; la encuesta de la Dinámica Demográfica 1997(ENADI), así como los datos del Consejo Nacional de Población 1998 (CONAPO). Se realizó análisis estadístico básico para identificar el comportamiento de las principales variables asociadas con el embarazo. La perspectiva cualitativa consideró la aplicación de entrevistas estructuradas y semiestructuradas a 52 informantes que enteradas del proyecto colaboraron en la reconstrucción de sus primeras experiencias sexuales. La aplicación de entrevistas se realizó tanto a individuos como a grupos focales.

## **Resultados**

### **Desarrollo poblacional en Sonora**

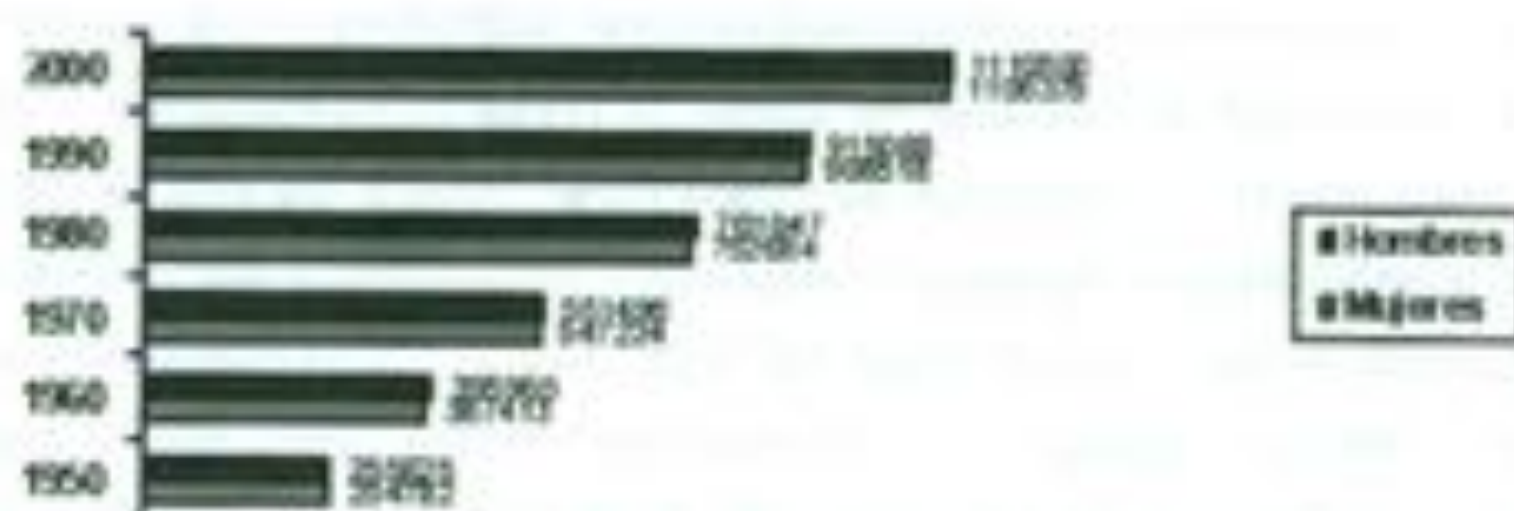
El estudio de la fecundidad en la adolescencia es relevante en la medida que especifica las condiciones de vida de las madres adolescentes y además, nos permite dimensionar el crecimiento de la población con relación a otros grupos sociales específicos.

El inicio temprano en la maternidad tiene una relación directa con el promedio total de hijos a nivel individual y sobre la tasa global de fecundidad. Como lo observaremos más adelante, a pesar de que las tasas de fecundidad en México han disminuido, el aporte que hacen las mujeres adolescentes a la fecundidad total es cada vez más importante.

El XII Censo de Población y Vivienda (año 2000) registró 2, 218, 969 habitantes en el Estado de Sonora, de las cuales las mujeres representan 49.9% del total. La población femenina multiplicó su volumen 4.3 veces de 1950 al año 2000.

La tasa de crecimiento de la población de mujeres en la última década del siglo, mostró un incremento promedio anual de 2%, ligeramente superior al registrado en el periodo 1980-1990, pero inferior a los periodos anteriores a 1980. Esto se puede observar en la figura 1.

Figura 1. Población por sexo 1960-2000



FUENTE: Dirección General de Estadística, VII, VIII Censo General de Población y Vivienda, 1950, 1960 y 1970. INEGI, X, XI y XII Censo General de Población y Vivienda, 1980, 1990 y 2000. Tabulados Básicos

### Embarazo y estado conyugal

La tendencia que arrojan los datos globales del Estado de Sonora señalan que en la última década han aumentado la proporción de mujeres en unión libre, disminuido ligeramente las mujeres casadas, y ha aumentado el número de mujeres separadas y divorciadas. Esto se aprecia en la Figura 2.

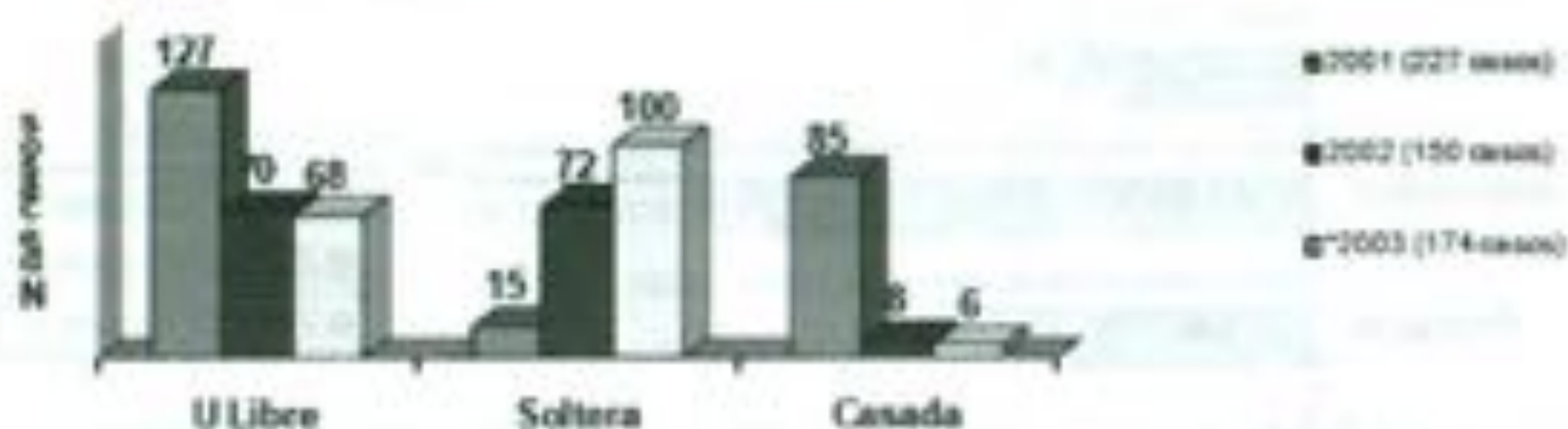
Figura 2. Población femenina de 12 años y más por estado conyugal 1990 y 2000 (Porcentaje)



FUENTE: INEGI, XI y XII Censo General de Población y Vivienda, 1990 y 2000. Tabulados Básicos

En este estudio, como lo revela la Figura 3, muestra que las adolescentes embarazadas atendidas durante los años 2001-2003 mantenían su relación conyugal preferentemente en unión libre o en soltería; para este grupo de edad la vida genésica recién inicia y lo hace igualmente sin formalizar su relación conyugal en matrimonio; la formalización de la situación conyugal como matrimonio probablemente ocurra en el transcurso posterior de su vida.

**Figura 3. Estado civil (ella) 2001-2003**



FUENTE: Hospital General Regional Municipio de Cajeme 2003. El 2003 sólo incluye datos hasta el mes de mayo.

### Embarazo y Escolaridad

Referente a la relación entre fecundidad y escolaridad, en el estado de Sonora podemos observar en la figura 4 la tendencia nacional que indica que a medida que se incrementa el nivel de instrucción decrece también el promedio de hijos por mujer.

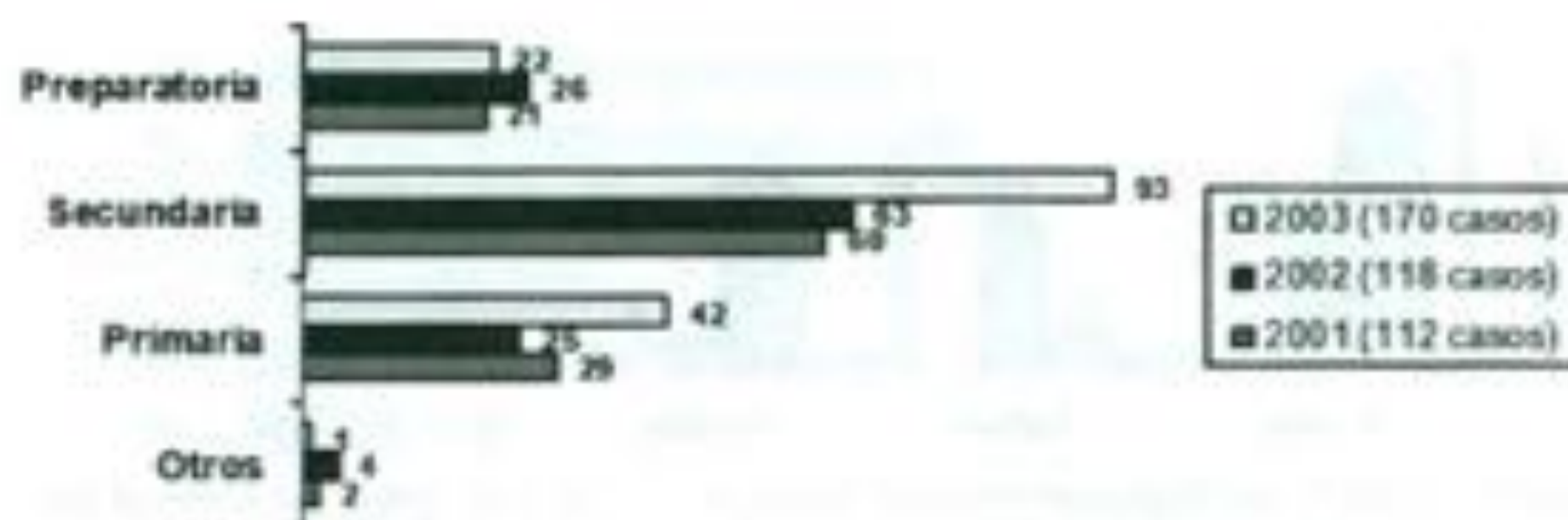
**Figura 4. Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 12 años y más según nivel de instrucción 2000**



FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Los datos específicos sobre nuestra investigación señalaron en los 3 años analizados que el grueso de las adolescentes embarazadas contaban con estudios de secundaria. Para el 2001 y 2002 las jóvenes con estudios de primaria y preparatoria en número son más o menos equivalentes; no así, para el año 2003 los embarazos de las adolescentes con estudios de primaria son más numerosos que las de preparatoria (Ver Figura 5).

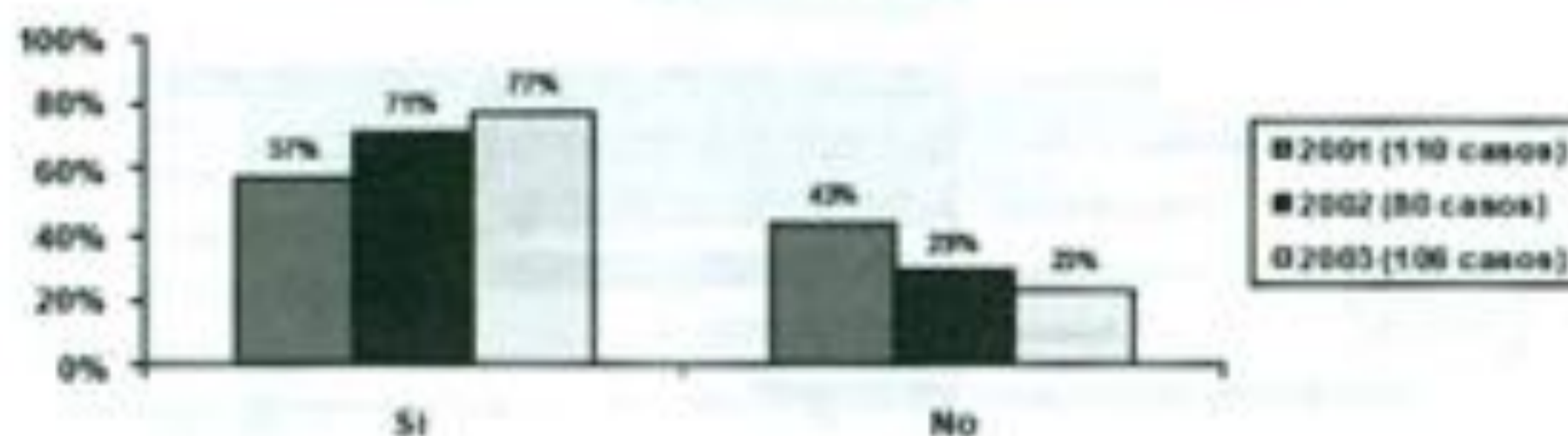
**Figura 5. Grado escolar 2001-2003**



FUENTE: Hospital General Regional Municipio de Cajeme 2003.

Uno de los aspectos relevantes acerca de la escolaridad y el embarazo adolescente que la investigación arroja, es el alto grado de deserción escolar indicado al momento del embarazo. Las deserciones aumentan del 57% en el 2001, 71% en el 2002 y en el 2003 oscila alrededor del 80% (Ver Figura 6).

**Figura 6. Deserción escolar 2001-2003**



FUENTE: Hospital General Regional Municipio de Cajeme 2003.

El estudio a partir de la metodología cualitativa, señala que la mayoría (el 89%) de las entrevistadas se encontraba fuera del sistema escolar al momento de salir embarazada. De un total de 55 jóvenes de 18 años o menos entrevistadas, sólo seis de ellas estaban cursando algún grado escolar, dos de ellas lo continuaron (de nivel medio superior) en estado de embarazo, y la otra (de nivel básico) continuó en el sistema abierto. Un caso de abandono escolar es Nahomy, madre adolescente de 16 años (1 año en unión libre), quien cursaba el tercero de secundaria y lo abandona (no por embarazo) a propuesta de su pareja (Manuel, de 26 años; dos parejas previas y un hijo con cada una de ellas). En

este caso se observa la facilidad con la que abandona la escuela por el deseo de encontrar una pareja al aceptar irse con Manuel a los dos días de haberlo conocido. A continuación se reproduce en negritas las preguntas del entrevistador, y en cursiva las respuestas de la entrevistada:

**¿antes no lo conocías?** ...*Si tenía como 4 meses que lo había visto, pero no le hablaba. ¿Cómo está eso que en 2 días, sin tratarlo te vas con él?*

*...pues el primer día en que nos vimos me dijo que si quería ser su novia, fue un jueves y le respondí que no le iba a decir, hasta el sábado, porque me habían invitado a un baile y le dije que si iba a ir y le iba a decir ese día, que sí o que no... y yo fue al baile y le dije que sí. Otro día, domingo, nos vimos también y ahí mismo me fui con él.*

Judith (madre de 16 años de edad, 12 meses en unión libre) representa un caso de terminación de la secundaria y decide no continuar sus estudios por problemas económicos y familiares a pesar de ser buena estudiante, en el siguiente párrafo se reproduce pasajes de la entrevista, en negritas son las preguntas del entrevistador, y en cursiva, las respuestas de la entrevistada:

**¿Por qué no te inscribiste a la preparatoria...?** ...*jajee-pues no sé...es que me daba flojera, si era inteligente y todo, salí con 9.1, pero no, no...Preferí trabajar para comprarme mis cosas.*

**¿No tenías apoyo materno?**...*Né palerno tampoco.*

**¿Platicame sobre esto?** *Nunca lo conocí (al padre), yo vivía con mi abuelita. La escuela si me gustaba, lo que pasa es que mamá todo el tiempo a sido muy borracha y nunca me gustó estar con ella. Nunca se ha encargado de mí. Vive enseguida de con mi abuelita. Ella nada mas trabajaba para sus cosas pero no nos daba. Nadie le habla de mi familia ni yo tampoco. Yo en la mañana le ayudaba a mi abuelita y a las 2 me iba a la escuela y regresaba a esos de las 6pm. En ese sentido la escuela era un estorbo, porque quería ganar mi propio dinero, y sólo trabajando podía ganarlo.*

Laura (madre de 14 años, 18 meses de vivir en unión libre), abandonó el tercero de primaria a los 12 años. Representa un caso de una menor que está fuera del sistema escolar y decide irse a vivir con Divani (18 años, secundaria terminada). El abandono escolar remite a problemas familiares. Se le preguntó:

**¿No te sentías grandecita para estar en 3ro., por qué?** *Es que me sacaban a cada rato (de la escuela), es que vivía con mi apá, y luego con mi mamá. Tenía como 5 meses de estar fuera de la escuela cuando me fui con Diván.*



*¿Cuánto duraste de novia, antes de irte con él? 5 días.*

*¿Ya lo conocías antes? Si pero no éramos novios.*

El caso de Viviana (madre soltera de 17 años) es parecido al de Judith, en el cual los problemas económicos y familiares se combinan para el abandono del sistema escolarizado. Viviana es una adolescente que estudiaba el primer año de escuela preparatoria particular, de paga, y en vacaciones decide ya no inscribirse en segundo año. Al cuestionar sobre las carencias económicas que argumentaba, se entrevistó a la madre mencionando lo siguiente:

*¿No podía Ud solventar los estudios de su hija? ...pues ella (Viviana) trabajaba para vestirse, porque salió de la escuela nada más para andarse comprando su ropita, porque en la escuela no le hacía falta... pues. Con mi sueldo si (alcanzaba)... ella trabajó nada más para andarse comprando ropa y todas sus chucherías.*

Proveniente de un matrimonio con problemas de pareja, al mencionar las dificultades económicas como causa principal del abandono escolar esconde quizás la influencia de esos conflictos intrafamiliares, como un factor determinante para el abandono escolar. Al interrogar a la madre sobre las relaciones con su cónyuge, manifestó ese ambiente familiar en el que muchas adolescentes conviven cotidianamente en el hogar.

*¿Crees que los conflictos con tu esposo hayan influido en el abandono escolar y en comportamiento de Viviana? Claro...claro.. si ahora, precisamente hace como tres semanas yo le puse a él una demanda, porque.. la quería golpear, todavía no sabía que estaba embarazada.*

*¿Si no sabía que estaba embarazada... porqué la quiso golpear? Por borracho, por que el señor es alcohólico! Ahorita está en el CERESO...*

*¿porqué? Por el alcoholismo.*

*¿tú lo demandaste por golpes? ...si lo hice para que se saliera de mi casa y eso . Pero, o sea...en el transcurso de que le puse la demanda y todo. Y comenzó a tomar. Tenía como una semana con esto (atendiendo el parto de Viviana), y fue que lo agarraron y fue que no sabemos, pero sé que lo agarraron no por eso, sino por otra cosa (fraude, vender cosas robadas al parecer).*

*¿cuánto tienen juntos? ...20 años..!*

*¿a lo mejor, siempre fué lo mismo y ahora ya no aguantaste? ..! estoy cansada.. por que tengo otros planes, porque tengo que salir adelante. Ya voy a cumplir 15 años ahí donde estoy trabajando y ya me pueden dar un 100% de refiro y ya tenía planes para salir adelante y hacer otras cosas.*

Los conflictos familiares al interior de los hogares de las madres adolescentes es una constante que se repite con frecuencia, muchas de las interrogadas provienen de hogares en los cuales tienen que convivir con padrastros y las tensiones impulsan a la adolescente un refugio fuera del hogar. Daniela madre soltera de 16 años relata parte de estos conflictos:

Ahorita estoy con mi papá porque mi mamá se fue a Nogales y pues... cómo me voy a quedar sola con el señor (el padrastro) ahí. ¡Si no le hablo, no le hablo! Los pleitos son porque el no nos deja hacer nada... O sea, que me empezó a tirar muchas indirectas ahí, y pues como a mí no me gusta quedarme callada, pues me agarré con él y salimos de pleito...y este, hasta ahora más o menos me habla desde que tuvo el niño para acá. Más o menos me habla. Y o sea, este...pues hasta eso que pues...cuando nos vemos no nos peleamos, pero tampoco nos hablamos, o sea, cada quien por su lado. Y cuando estoy ahí, que haga de cuenta que me voy una semana o dos o tres días para con mi mamá, este...luego se enoja...y luego me dice mi mamá...- mejor deberías ir con tu papá- que porque al Sr. No le gusta que estemos ahí, a todos nos avienta para allá. Y por lo mismo no me gusta estar ahí con ella. Mi hermana por lo mismo se fue para Nogales, mis hermanos no van para mi casa.

Los estudios de la investigación señalan que la edad promedio de las adolescentes fecundadas cada vez es menor. De manera tal que tenemos que el promedio de edad de la adolescente fecundada en el 2003 es de 15.85 años. En los dos años anteriores las adolescentes se embarazaron en edad más avanzada.

## Discusión

¿Cuáles son las variables que pueden estar influyendo en el embarazo de las adolescentes, y en el comportamiento sexual de éstas?. Un primer aspecto tiene que ver con las estrategias y habilidades de negociación respecto al tiempo y el momento de tener relaciones sexuales, y respecto al uso de métodos anticonceptivos. La reconstrucción de vida en el cual se relatan las primeras experiencias sexuales de las adolescentes presentados en este capítulo, muestra que las adolescentes sí conocían de métodos anticonceptivos, y que no deseaban quedar embarazadas en esos momentos, pero dejaron en el varón el manejo y control de la práctica sexual reproductiva, en la mayoría de los casos debido a que ellas creían que sus parejas podrían pensar que ellas son muy experimentadas en relaciones sexuales, o que sea "fácil", y en otros casos las adolescentes no podían a sus parejas que utilizaran preservativos, porque ellas suponían

que al ser sus parejas mayores que ellas, e incluso casados, cuidarían de no embarazarnos.

Esta desventaja en la negociación al momento de cómo tener relaciones sexuales, no solo está asociada con la edad y las pocas competencias de negociación, sino también, influyen, las creencias y valoraciones estereotipadas respecto a la negociación en las relaciones sexuales, y respecto al papel de la pareja, que en todos los casos fueron mayores que las adolescentes embarazadas.

El cómo se construyen la concepción respecto al papel de la mujer y al papel del varón en las relaciones sexuales, tiene que ver con elementos de socialización y el desarrollo de creencias, estereotipos, y valoraciones del ser mujer y de la interacción con el hombre, como algo socialmente construido respecto a la sexualidad y a las diferencias sexuales (Bazán, 1996; Maccoby, 1992; Ragúz, 1995; Rojas y Vázquez, 1998). Esta forma culturalmente construida respecto al comportamiento de hombres y mujeres es una función central en las relaciones de poder y autoridad en las interacciones entre géneros, y está mediada por complejas interacciones de factores económicos, sociales, políticos, y religiosos (Conway, Bourque y Scott, 1996). Según Rubin (1995), la vida sexual de las personas es dominada por las ideas sobre los hombres y las mujeres, y que en el proceso de socialización de los roles y estereotipos de género, el amor de la niña por la madre es inducido por la tarea materna de cuidado infantil, y posteriormente se influye a la niña a abandonar ese amor debido al papel sexual de la mujer: pertenecer al hombre.

Otro dato importante, es que la mayoría de las adolescentes embarazadas que conforman las estadísticas del hospital regional de Ciudad Obregón, provienen de familias desintegradas, que se caracterizan por la ausencia de una figura paterna que provea los medios materiales y el apoyo emocional a su familia. ¿Es posible que las adolescentes hayan visto en los hombres casados y mayores a ellas, un sustituto de la figura masculina que las protegiera y cuidara, como elementos importantes para sentirse atraídas hacia ellos?. La investigación sobre la relación de pareja sugiere que la atracción incluye afectos y pensamientos que determinan una predisposición hacia otra persona, e implica la diferencia entre la percepción real (lo que me gusta) y lo ideal (lo que me gustaría) de esa persona (Rivera, 1992; Sánchez, Reyes y Díaz, 2004), y en el caso de las adolescentes embarazadas por hombres mayores que ellas y casados, probablemente una fuerte razón para sentirse atraídas por esos hombres, es la figura paterna, su

"responsabilidad" con sus hijos, por ello los valoran como hombres buenos y trabajadores, representando una situación agradable de lo que a ellas les gustaría tener o haber tenido. Sin embargo y como señala Sánchez (2000), la atracción sólo es una primera etapa del amor romántico, y una relación de pareja como la que intentan formar las adolescentes con esos hombres, no puede sostenerse solo en este aspecto, lo cual incluso se muestra en casos en que las adolescentes decidieron tener relaciones sexuales y/o se fueron a vivir con estos hombres mayores a los pocos días de conocerlos o de aceptar que sean sus "novios".

Las conductas de riesgo y de embarazo asociados con la sexualidad adolescente, son influidas por los estilos interactivos (personalidad) y roles de género, competencias y habilidades de negociación de relaciones sexuales y estrategias de control y anticoncepción, así como por las creencias, valoraciones, y estereotipos, que las propias adolescentes van asumiendo y desarrollando. Lamentablemente en la mayoría de los casos, al parecer el adagio "los hombres quieren sexo y las mujeres quieren relaciones" aun perdura e influye en la forma en cómo las adolescentes entienden y viven su sexualidad (Tolman, 2002). Las entrevistas reproducidas en este capítulo parecen indicar que estas adolescentes valoran más los atributos conductuales de los hombres mayores y buscan establecer relaciones y no propiamente tener relaciones sexuales.

## Conclusiones

Los estudios de la investigación señalan que la edad promedio de las adolescentes embarazadas cada vez es menor. De manera tal que tenemos que el promedio de edad de la adolescentes fecundadas en el 2003 es de 15.85 años. El inicio sexual cada vez a más temprana edad. Se realiza y proviene de un noviazgo, según datos recabados por las gestantes, declaran el inicio sexual con la persona que las embarazan en 82 de 89 casos en el 2003, y 118 de 127 casos en el 2002. La edad promedio del varón que embaraza a la adolescente registrada en los archivos en cambio es de 17.63 años en el 2001, 22.08 para el 2002 y 19.91 en el 2003. Hemos podido observar que el periodo de inicio sexual (coito) y la fecundación es cada año más corto, de 2 a 5 meses después de iniciada la relación sexual.

## Referencias

- Bazán, A. (1996). A propósito de las relaciones de género: ¿identidad genérica o estilos de interacción de géneros? *Revista de Psicología* 14, pp. 211-224
- Conway, J. Bourque, S. & Scott, J. (1996). El concepto de género. En M. Lamas (compiladora), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 21 – 33
- Maccoby, E. (1992). The role parents in the socialization of children: an historical overview. *Developmental Psychology*, 21, pp. 866-871
- Ragúz, M. (1995). *Construcciones sociales y psicológicas de Mujer, Hombre, Femenidad, Masculinidad y Género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
- Rivera, S. (1992). *Atracción interpersonal y su relación con la satisfacción marital y la interacción de pareja*. Tesis de maestría en Psicología Social, UNAM – Facultad de Psicología
- Rojas, L. y Vázquez, M. (1998). *Desarrollo de estilos y estereotipos de género: un estudio en dos situaciones de interacción entre adultos e infantes*. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala
- Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En M. Lamas (compiladora), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 35 – 96
- Sánchez, R. (2000). Efectos de estilos de comunicación en las conductas de pareja. *La Psicología social en México*, Vol. VIII, México: AMEPSO, pp. 95-101
- Sánchez, R. Reyes, N. & Díaz, R. (2004). Lo positivo y lo negativo de la atracción entre la pareja. *La Psicología social en México*, Vol. X. Hermosillo: AMEPSO, pp. 127-134
- Tolman, D. (2002). Female adolescent sexuality in relational context: beyond sexual decision making. En N. Johnson, M. Roberts & J. Worell (Editoras), *Beyond appearance. A new look at adolescent girls*. Washington, D. C.: APA, pp. 227 – 246

## El vínculo en psicoterapia grupal breve con adolescentes embarazadas

Mtra. María Esther Trejo Oviedo & Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Facultad de Psicología, UNAM\*

### Resumen

Este trabajo propone analizar la relevancia y características del vínculo en un grupo psicoterapéutico de adolescentes embarazadas (14-17 años) asistentes a una Institución federal de salud de tercer nivel, ubicada en el Distrito Federal; a fin de identificar la propuesta de relación que las chicas establecen y potencializan los efectos del tratamiento breve.

Se realizó un análisis de contenido de las sesiones con base en categorías creadas, referentes a la teoría del vínculo, propuesta por Pichón-Rivière (1969). Los resultados marcan que la relación de control y depresiva es característica del trato con la figura femenina, mientras que la negación concierne a figuras masculinas. Se nota un aumento en la relación normal al dirigir las intervenciones en la actuación de la paciente, en el grupo y su historia.

**Palabras clave:** vínculo, figura femenina, embarazo adolescente, análisis de contenido.

### Introducción

El embarazo adolescente es un fenómeno que ocurre en todo el mundo, conformándose como una preocupación de las naciones, ya que se ha observado que la actividad sexual entre los adolescentes es una característica del último siglo; siendo el resultado de tendencias de largo plazo, donde confluyen fuerzas económicas y sociales; anualmente un 10% de los partos a nivel mundial son de madres adolescentes (Bruyn, 2001). En nuestro país, el periódico "Reforma" (Marzo 2004) reporta investigaciones del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, que indican que al año nacen 575 mil niños de madres adolescentes de entre los 11 y 19 años de edad.

Las tasas de embarazo y maternidad (Stern, 1999) entre las adolescentes son un problema serio, es un fenómeno social y cultural "pleno de símbolos y significados en torno a la sexualidad, la maternidad, la identidad de género, las relaciones sociales, las redes apoyo, etc." (p. 13). La sociedad debería preocuparse no por una "epidemia de

\* Correspondencia con la Mtra. Esther Trejo: [etrejoo@zahoe.com.mx](mailto:etrejoo@zahoe.com.mx)  
Dra. Emilia Lucio: [melgm@servidor.unam.mx](mailto:melgm@servidor.unam.mx)

embarazo adolescente", sino por las vidas desalentadas, vacías y de pocas expectativas que evidencia la maternidad temprana, requiriéndose un cambio, para brindar oportunidades más alentadoras a las adolescentes y sus hijos.

La literatura mundial ha hallado algunas características comunes en las jóvenes gestantes, como depresión, una historia previa de abandonos, violencia y apego inseguro; así mismo se observa dificultad para acceder a algún método de control prenatal, rechazo de la escuela hacia la joven y pobre comunicación madre-hija. El inicio temprano de la sexualidad coincide con aquellas familias donde no hay una buena comunicación (Stern, 1999).

Este trabajo se realizó en un grupo psicoterapéutico al que asistieron adolescentes embarazadas, observando que éstas poseen un bajo control de sus decisiones y planeación hacia el futuro; este bajo control se remite a la esfera afectiva, pues en estas chicas se evidencia que el sexo es un medio para obtener compañía, afecto, etc. (De la Fuente, 1997).

Estudios (en Arcelus, 1998) han demostrado que el estatus de la adolescente se ve modificado con el embarazo, pues en general se le respeta más y se trata "menos como niña y más como mujer", se ha encontrado que las adolescentes embarazadas poseen una baja autoestima y el tener un hijo las hace sentirse importantes en el núcleo social en que se desenvuelven. Pese a que el embarazo significa un aumento en las responsabilidades de la adolescente, se le da más reconocimiento por parte de los hermanos y de los padres por haber producido un objeto precioso: el bebé, pues el niño es estimado por todos. En esta misma línea (Calvo, 2001), se ha observado que el nacimiento de un bebé sirve para solidificar una familia que estaba cruzando dificultades o a punto de disolverse.

En el embarazo adolescente pareciera que lo que empuja su aparición, está en relación directa con la presencia de tensiones en el grupo familiar: así observamos la influencia y falta del padre, al mismo tiempo que el liderazgo de la madre, figuras que al verse fracturadas o perder importancia, en general acarrea síntomas en algún miembro de la familia (Calvo, Riterman & Calvo, 2001).

La joven, mediante el embarazo se une y rectifica su cercanía al modelo femenino que posee, así como a las expectativas culturales. Sin embargo, ello conlleva un problema, pues la futura mujer no sólo se desarrollará con un déficit narcisista por su condición de castrada, sino que también sufrirá los déficits de acción y dominio de la realidad extrafamiliar, al permanecer en dependencia lo cual se contrapone con algunos criterios de salud mental. En dicho contexto, la valoración negativa del embarazo adolescente, tienen mucho que ver con la sanción moral tradicional al ejercicio de la sexualidad premarital, ejercicio que se evidencia mediante el embarazo, "el cual transforma un comportamiento privado en un hecho público" (Stern, 1999: 14).

La gestación adolescente, es un proceso en el que convergen dos crisis diferentes: la adolescencia y el embarazo; apareciendo en la mayoría de los casos, dificultad para asumir la gestación -desconocida y crítica- que promueve la emergencia de ansiedades, persecuciones, culpas y fantasías. A más de que en algunos casos los problemas contemporáneos de la joven están determinados por una psicopatología previa a la gestación que provocan contrariedad durante el embarazo, en la relación con la pareja y en la formación del vínculo materno-infantil.

Cuando no se trabajan este tipo de situaciones, es frecuente que la adolescente pueda llevar a cabo la gestación y el desarrollo de su bebé, pero en detrimento de su propia evolución; resultando que con cierta frecuencia se cometen movimientos estructurales que resultan en una fijación a la adolescencia misma, en una regresión a periodos anteriores de la infancia, o bien convertirse en un adulto demasiado temprano.

Durante el embarazo la mujer revive regresivamente tanto la fase de simbiosis con el objeto (en la unión con el feto dentro de ella) como una nueva versión de la etapa de separación-individuación, a partir del inicio de los movimientos fetales termina la fantasía de que la gestante y su producto son un sólo ser (Vives & Lartigue, 1994). En este sentido, la presencia de un terapeuta, a través de la función continente promueve la posibilidad en la gestante de elaborar su propia individuación, con el fin de prepararla para la próxima separación (parto) e identificarse con su madre interna que la habilite para identificarse con ella y así, asumir su rol materno.

El embarazo vuelve y otorga otro sentido al vínculo, sobre todo con la madre y el propio hijo por nacer, redelineando la personalidad de la gestante. El vínculo con la madre, es



esencial para el desarrollo de la feminidad; Dio (1997) cita a Klein para asentar la revuelta que sufre el mundo interno de una madre al tener un hijo:

- Regresión y reelaboración de su propio vínculo con su madre.
- Actualización de sentimientos de depresión y persecución si en la relación ha predominado la ambivalencia.

El vocablo vínculo proviene de <<cadena, algo que ata>>; asimismo Pichon-Rivière (1985: 35) lo define como "la relación particular que un sujeto establece con un objeto incluidos en una dimensión espacio-temporal en la que coexisten y participan determinándose reciprocamente; de esta relación resulta una conducta más o menos fija, que resulta en un patrón... una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la unión interna y externa con el objeto".

Entonces, el vínculo incluye la conducta, esto significa, el modo de ser observable del sujeto; el vínculo lo observamos en la interacción, conformando el lugar donde se reproduce afuera algo de adentro. Por tanto, el grupo psicoterapéutico puede actuar operando como disparador de grupos internos; ya que todo encuentro es un reencuentro con objetos anteriores que recubren la realidad externa (Bleichmar & Schenquerman, 1982). Toda la historia de cualquier sujeto se desarrolla a través de redes identificatorias plasmadas en relaciones y el prototipo de este patrón es el vínculo que la niña ha experimentado con sus figuras parentales, que emergen con fuerza durante el embarazo, sobre todo la identificación con las figuras femeninas significativas, a quienes la joven regresará para poder asumirse como mujer y madre.

Bleichmar & Schenquerman (1982) aseveran que el carácter de un individuo se hace más comprensible a medida que se descubren sus vínculos internalizados. De forma que, la relación con el otro, es el objetivo central de estudio, tanto en el acercamiento como en el aislamiento; ya que todas nuestras actividades y pensamientos están en relación con otro.

Es desde los discursos escuchados en el grupo psicoterapéutico de embarazo adolescente, donde predominaban narraciones en torno a la relación que las jóvenes sostenían con la figura femenina (madres, tías, amigas, etc.), que se planteó analizar el vínculo; con el objeto de resolver algunas dificultades en la comunicación de las chicas con otros (terapeuta, padres, hijos, familiares, pares, etc.); dentro de un tratamiento breve (cuatro sesiones en promedio); pues por una parte, las adolescentes acudían con una

gesta avanzada y por otra, el parto era el criterio para dar de alta a las chicas del servicio en la Institución.

De esta suerte, con base en la relación establecida entre las jóvenes y el par de terapeutas mujeres; la teoría del vínculo (Pichon-Rivière, 1985) propone que aquello que está implícito en la comunicación debe ser explicitado por el clínico y captado por el paciente en un movimiento de evolución en espiral, con el fin de que la paciente adquiera la posibilidad de lograr una comunicación mayor, brindando una pauta para definir el progreso en el trabajo psicoterapéutico; luego la paciente será capaz de comunicarse con un mayor número de personas, pues cuando se pierde la comunicación con el grupo es que aparece el sentimiento de soledad y desamparo, como sucede en las jóvenes gestantes.

## **Método**

### **Participantes**

En el lapso transcurrido entre Febrero y Mayo del 2004, se alcanzó un total de 12 sesiones de psicoterapia grupal breve dentro de la Institución de Salud, en las que se contó con la presencia de 22 adolescentes embarazadas (se trataba de un grupo abierto) entre la semana 19 y 40 de gestación. Estas jóvenes contaban con una edad entre los 14 y 17 años, y una escolaridad máxima de 2º y 3er. año de secundaria.

El estado civil de las adolescentes en su mayoría era soltera ( $n=16$ ), seguido por la unión libre ( $n=4$ ) y el resto es casada ( $n=2$ ). Además, las pacientes vivían con su familia de origen, sólo dos de ellas tenían un hogar independiente a lado de su pareja, y únicamente una de estas adolescentes residía en casa de la familia de su pareja.

Esta población fue electa a través del puntaje elevado ( $<7$ ) en el cuestionario general de salud (CGS) y una entrevista inicial que realizó el psicólogo adscrito a la institución.

### **Instrumento**

Se elaboró un reporte minucioso a partir de la transcripción de cada sesión, posterior a la conclusión de cada una. Estas sesiones eran leídas y discutidas por las terapeutas, el supervisor adscrito a la institución y en su momento dos pasantes de la licenciatura en psicología y un psiquiatra residente, que observaban el desarrollo de la sesión a través de la cámara de Gesell.

El reporte elaborado estaba organizado de la siguiente manera:

- El relato de la sesión, la participación de cada una de las pacientes, así como la aclaración del tipo y propósito de las intervenciones utilizadas por el terapeuta.

La segunda parte del reporte incluye un análisis de lo acontecido en la sesión, para lo cual se nos requirieron algunos puntos como:

- Temas centrales, manifiestos y latentes (grupal e individual).
- Dinámicas grupales: ataques dirigidos al terapeuta, subagrupamiento, cohesión grupal, roles de los pacientes, supuestos básicos de Bion (1994) y transferencia.
- Dinámicas psicoterapéuticas: resistencia, transferencia, contratransferencia, mecanismos de defensa, catarsis, insight.
- Psicodinamia individual y grupal de la sesión.
- Etapa de la evolución grupal.
- Hipótesis psicoanalíticas y líneas de trabajo (grupal e individual).

### **Análisis de Datos**

El principal método utilizado fue la observación, que en el campo operacional es el método universal de la psicología, "es el momento empírico, existencial y dinámico" (Pichón-Rivière, 1985). A partir de la observación y recuerdo posterior a la sesión se realizó la transcripción de lo ocurrido (atendida por al menos de dos observadores). Dicha transcripción fue revisada y analizada en conjunto: las terapeutas y los observadores.

Posteriormente, se tomaron dos sesiones del inicio del tratamiento, dos de la parte intermedia y dos del término del funcionar como terapeuta. Así, se captaron seis sesiones, pues se consideró que al ser la mitad de la muestra eran representativas de lo acontecido en el trabajo psicoterapéutico, al mismo tiempo que permitía un corte y punto de comparación entre los distintos momentos del proceso.

Estas sesiones se dispusieron en una tabla esquemática para ser analizadas párrafo a párrafo (análisis de contenido), para ser analizados acorde a las categorías propuestas de vínculo, para que a partir del contenido manifiesto, se pueda hablar del contenido latente.

Las categorías se crearon desde la teoría del vínculo de Pichón-Rivière (1985), quien describe diversas formas de unión que fueron retomadas y resumidas para fines de este estudio, igualmente se añadieron algunas categorías que teóricamente no están

consideradas dentro de la teoría del vínculo, pero que al momento del análisis de las sesiones resultaba necesario señalar para completar el estudio.

A partir del análisis de las categorías de relación, se obtuvo un patrón o categorías características de las adolescentes embarazadas para vincularse.

#### **Categorías de Análisis (Pichón-Rivière, 1985):**

Cabe destacar que en las relaciones que las personas establecen, ninguna es de un sólo tipo, todas las conexiones que se instituyen con el mundo son mixtas.

- **Relación normal.** Es aquella que se establece entre el sujeto y un objeto cuando ambos tienen la posibilidad de elección como resultado de la diferenciación entre ambos, es decir que el sujeto se maneja con independencia.
- **Negación de la relación.** En base al texto de Pichón-Rivière (1985) se refiere a una "tentativa de perder el ser", de no ser nadie para no tener relación con el otro. Un aspecto importante es que la negación impide la realización de la agresión, pues la autoridad del objeto se desliza hacia otro a través de la proyección al mundo exterior, apareciendo el ambiente como distinto.
- **Relación depresiva.** Se observa aflicción, culpabilidad y expiación. En esta categoría toda relación de objeto está caracterizada por la culpa y preocupación por lo que el otro piensa y la manera en que el otro va a cobrar venganza, siempre con miedo a la pérdida de la relación y por ende con necesidad de reparar. En ocasiones surge la inhibición motriz.
- **Simbiosis.** El sujeto depende completamente del objeto externo en quien realiza depósitos de sus objetos internalizados; al mismo tiempo que el exterior coloca objetos en el sujeto de estudio, que al entrecruzarse, crea dificultades para reconocer lo propio, resultando un conflicto la separación. Aquí es imposible el diálogo, pues cuantos más objetos se hayan depositado en el otro, más monólogo es el discurso. La separación se puede experimentar como estimulante de la muerte de dos sujetos, o en su defecto como la imposibilidad de sobrevivencia de uno de los dos. Hay una relación más corporal, pues el cuerpo sustituye a la palabra.
- **Relación de control.** A través del control, el sujeto intenta inmovilizar al objeto, pero al no poder detenerlo consigo a su voluntad, aparece la desconfianza y agresión, pues a partir de ese momento el otro es considerado como enemigo.

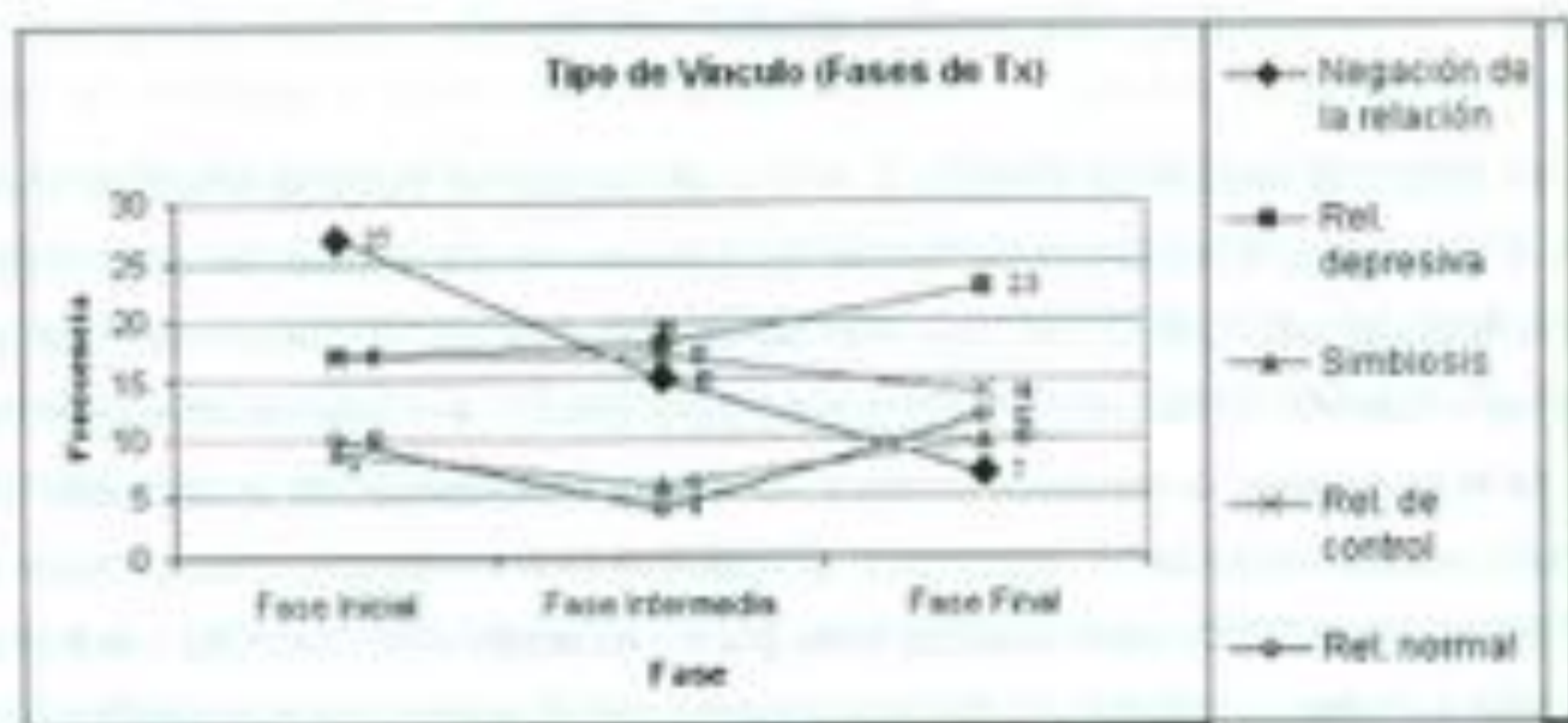
#### Otras categorías:

- **Ambivalencia.** Aparece en la relación ser a ser, ya que por momentos ese ser que se imita, incorpora y sustituye, también es el objeto de la primera dependencia, al que se debe obediencia para seguir recibiendo cuidados y amor. Apareciendo afectos encontrados y contradictorios, emociones que dan contenido a las fantasías que se crean en torno al embarazo, el producto y parto, y que a veces provoca conflictos o problemas en función de una pobre capacidad de la gestante para una neutralización adecuada de los mismos, o por una integración deficiente dentro del sujeto.
- **Rivalidad.** El status psíquico de «un hijo de la madre» se torna más cercano a un atributo de la femineidad de la madre, que la niña desea también hacer suyo – compartir como posesión narcisista- o adueñarse de esta posesión privilegiada de la misma manera como codicia y anhela todo lo que la madre tiene; pues «tener o hacer un hijo como mamá» equivale a «ser la mamá».
- **Identificación.** Es aquello que el sujeto siente como más íntimo, privado, donde se siente más idéntico a sí mismo, siendo el producto de las relaciones que lo constituyeron como tal.
- **Baja Autoestima.** Implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio a sí mismo. Al partir de sus introyecciones, buscan situaciones y relaciones mediante las que puedan confirmar sus sentimientos de poca valía e inferioridad. Sentimientos que a su vez, derivan en actitudes agresivas y en la dificultad para relacionarse, para adecuarse al medio y para reconocer sus capacidades y logros. Cuando la persona siente que vale poco se predispone al engaño, al maltrato y al rechazo de los demás, lo que abre la posibilidad de que se convierta en víctima.
- **Víctima de Agresión.** Cuando las adolescentes describen una situación de ataque o riesgo que sufren por culpa ajena o por causa fortuita, considerándolo injusto.
- **Embarazo.** Es una particularidad del ciclo vital femenino en el que pueden estudiarse las vicisitudes del deseo, la dinámica de los objetos del mundo interno de la gestante, la movilización dinámica de los puntos de fijación y del interjuego de las identificaciones. Igualmente, las relaciones entre las instancias psíquicas y su relación con la realidad del mundo externo.

## Resultados

El análisis de datos se realizó a partir de la revisión de las 6 sesiones electas, habiendo sido acomodadas párrafo a párrafo para contar el número de ocasiones que aparecía cada tipo de relación o categoría.

El siguiente gráfico esquematiza la suma de frecuencias con que cada tipo de relación se produjo en las tres diversas fases del tratamiento, pudiéndose observar la variación que cada categoría sufrió a lo largo del estudio:



Gráfica 1. Datos obtenidos del análisis de sesiones en base a las categorías de vínculo de Pichón-Rivière

Es importante recordar que así como se analizaron las categorías creadas a partir de la teoría del vínculo de Pichón-Rivière, también se consideraron otras esferas que fueron surgiendo con la misma observación. Esta clasificación agrega elementos que ayudan a aclarar lo acontecido en las sesiones, pues se debe notar que existen categorías que aparecen y desaparecen en momentos específicos del tratamiento. La tabla posterior indica las nuevas categorías: su presencia y el número de ocasiones en que aparecían.

Categoría	Fase Inicial		Fase Intermedia		Fase Final	
	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 11	Sesión 12
Ambivalencia	5	3	3	8	2	—
Identificación con la fig. femenina	1	—	1	—	—	—
Baja autoestima	—	1	—	—	—	—
Víctima de agresión	—	—	11	1	—	—
Rivalidad c/fig fem	—	1	—	2	1	—
Embarazo	—	—	—	—	3	2

De esta manera observamos (gráfica 1) que en la fase inicial de nuestro trabajo psicoterapéutico, en la primera sesión prevaleció la negación de la relación ( $f = 27$ ) que se refiere al bloqueo de la agresión y otros afectos, que son proyectados al mundo externo; pues durante estas sesiones, un tema recurrente fue la muerte de hijos, padres y abuelos (figura masculina), con quienes las pacientes desmentían toda relación, luego que expresaban no sentirse afectadas ni extrañar a sus familiares, apareciendo la negación de la relación con un porcentaje total de 30 al alternar con varones.

Asimismo surgió la relación depresiva ( $f = 17$ ), en donde se observa aflicción, culpa y expiación, con miedo a la pérdida de la relación y necesidad de reparar, tal vez provocada por estas mismas pérdidas (23%), que han generado culpa en las pacientes al no poder separar su actuación de los eventos en que no participaron pero que resintieron: como la lejanía de sus padres y la conducta punitiva de sus madres; surgiendo la depresión como un modelo prevaleciente entre madre-hija, al alcanzar el 41% durante esta primera fase, pues las chicas expresaron estar preocupadas por no molestar a sus mamás y la forma en que pueden agradecerles (misma conducta que intentaron en sesión con las terapeutas).

Al punto que, se presenta la ambivalencia con un 100% en correspondencia con el padre y madre, pues en ocasiones las jóvenes abrigan el cariño y cuidado, mientras que otras veces, aparecen vacías y castigadas; dando origen a fantasías desastrosas (como muerte por accidentes), ya que éstas sesiones versaron sobre pérdidas de bebés (anteriores) y varones (abuelos y tios fallecidos), registrándose un 44% de simbiosis de las jóvenes con sus bebés extintos y un 33% entre las chicas y sus madres en este primer periodo.

Así, se observó que las adolescentes embarazadas, al inicio del tratamiento experimentaban una aguda dependencia de sus madres y pequeños fallecidos; adoptando actitudes que "percibían" este par les imponían, como que al ser hijas mayores se encargasen de sus hermanos y el supuesto "impedimento" que tenían para estar con sus padres, al deber ser leales a sus madres. Así, surgen complicaciones para que las adolescentes embarazadas puedan reconocer y ejercer su deseo y necesidades; resultando en un conflicto cada intento de separación, llegando a creer que el alejamiento puede provocar su muerte; pues durante el discurso grupal, las pacientes expresaron miedo a moverse en el ambiente, viviéndolo como un riesgo al poder topar con la muerte en todo lugar.

De esta suerte, en este par de sesiones surgió cierta inhibición en la participación de las jóvenes embarazadas y recelo en las intervenciones terapéuticas, lo que puede relacionarse con la inseguridad que se presentó en las sesiones iniciales del trabajo; estableciéndose una relación más corporal, en sustitución de la palabra.

La agresión, tristeza y otros afectos, hicieron presencia en la segunda sesión, pero en esta ocasión se intentó controlarlos, cayendo en un control rígido como lo hacen los padres (en especial la madre; 47%) de las jóvenes en sesión, surgiendo en contadas ocasiones de parte de las terapeutas (23%), al realizar intervenciones con contenido agresivo, rasgo que las pacientes poseían dentro de sí y que pusieron en juego durante esta reunión, al mismo tiempo que intentaron negar la relación con el equipo de terapeutas, dando lugar a la proyección de objetos internos, que en este par de sesiones difícilmente fueron detectados y señalados.

Puesto que ambas terapeutas son mujeres, el discurso de las jóvenes versó acerca del padre periférico o ausente con el que cuentan y el control que ejerce la madre sobre ellas, situación que se repitió y no se retomó en el trabajo clínico, pues debe recordarse que si bien la adolescencia es una época para reeditar y comenzar a hacerse cargo de la propia vivencia, el embarazo también es un evento que promueve el recuerdo de experiencias pasadas y la consideración del presente y futuro. Esto provocó ansiedad en las terapeutas, que fue resentida por las chicas, negando la relación con el fin de conservarse alejadas y lo más resguardadas posible. Además, en esta etapa se observa que las terapeutas se alinearon a los patrones de relación que las chicas suelen sostener con otras figuras femeninas (tías, pares, madre, etc.) como lo es la relación de control.

No obstante, las adolescentes embarazadas mostraron capacidad para establecer relaciones normales con sujetos que no utilizan ni repiten los patrones de relación conocidos por ellas como lo son los maestros y algunos tíos, reportando en la mitad de las ocasiones, una relación normal con estas figuras. Del mismo modo, se logró rescatar elementos grupales como la universalidad e identificación entre las chicas que causaron que el 30% de la relación normal reportada en esta primera fase se produjera en relación con el grupo psicoterapéutico.



En la fase intermedia la temática del trabajo psicoterapéutico cambió, posiblemente por la modificación en la actitud de escucha y de relación entre las terapeutas y las jóvenes, asimismo por el momento del proceso. Irumpiendo la desconfianza que las pacientes sostenían al relacionarse, por lo que intentaban controlar todas las situaciones con el fin de reducir los riesgos, captando mayor frecuencia ( $f = 17$ ) la relación de control durante este periodo, sobre todo en la unión con los hermanos (50%), la madre (39%) y la pareja (24%). Luego que las menores deseaban frenar los maltratos y agresiones de estos sujetos; pero al no conseguirlo aparecía la desconfianza y lucha, estableciendo vínculos de control y negación; formas que fallan al intentar regular la agresión que en estos casos se expresa sin represión alguna sobre ellas.

Así, al no poder mantener el control absoluto y quedar con incertidumbre, incluso siendo víctimas, las jóvenes expresaron tristeza, culpa y expiación (relación depresiva  $f = 16$ ), pues es la forma en que se explican y justifican los ataques recibidos, sobre todo en el enlace con la madre (45%), de quien las pacientes esperaban protección, y que por el contrario las dejaban a su suerte con la agresión (de hermanos y familia extensa) y sus hijos, coartándoles la posibilidad de mostrar y desahogar su dolor.

Entonces, en el transcurso de las sesiones intermedias, un tema del que las pacientes hablaron recurrentemente implicó situaciones en que aparecían vulnerables y se sentían indefensas al ser víctimas de violencia física y verbal que ejercen los hombres cercanos a ellas (hermanos y parejas) así como de la precaria seguridad y resguardo que hasta ahora les han brindado las mujeres cercanas como sus madres, tías y hermanas, por ello es que todavía recurren a la negación de la relación ( $f = 15$ ), como un intento de anular y oponerse a las circunstancias y el trato recibido (la negación de la relación con la familia asciende al 83%); no deseando probar nuevas relaciones, pues también tratan de huir de sus parejas que las violentan (44%), así como de sus hijos que les han implicado castigos y condiciones de vida adversas; reportándose un 22% de negación de la relación entre la joven y su bebé por nacer en este segundo periodo del tratamiento (pese a que el embarazo de éstas pacientes ya era avanzado). Suministrando contenido a fantasías relacionadas con la propia muerte (al momento de dar a luz) o a la ausencia del bebé en su vientre; hallando que la ambivalencia y culpa entre la paciente y su pareja suma 38%, al haber ejercido su sexualidad, dando origen a comentarios como "la abstinencia es lo mejor".

Al no poseer confianza en sí mismas y depositar en el otro la posibilidad de brindar y proveer, las chicas establecen relaciones desiguales, donde a ellas les corresponde un papel de inferioridad que las hace blanco fácil de agresión; al conferir al otro el poder de decidir, repitiéndose de esta manera la posición de desventajas que reportaron poseían en su familia, donde las obligaciones se encontraban a la par de la madre, pero los derechos eran inferiores. Esta posición impide que las pacientes hablen y pongan de manifiesto sus necesidades ante los otros, confirmándose con esto su poco valor y la creencia de que no merecen más de lo que les han dado.

Al trabajar estos tópicos, se identificó resistencia al inicio de la sesión, que se asoció al trabajo en las sesiones anteriores; al haber abordado la relación agresiva y ambivalente que las jóvenes entablaban con las figuras femeninas de autoridad pero que también aparecen como poco protectoras y eficaces al enfrentar las dificultades. Esta condición fue transferida a la situación grupal, en la que en un inicio se negaron a hablar, pese a que habían abordado y reflexionado en casa sobre situaciones que ya habían vivido y que pretendían dar por olvidadas. Sin embargo, cuando las chicas hablan en el grupo de este tema, surge la sorpresa y el miedo al darse cuenta que estos sentimientos -pese al esfuerzo de olvidarlos- se mantienen.

En este lapso destaca el cambio en el tópico de trabajo (agresión), el cual fue aportado por las pacientes y que anteriormente pocas ocasiones se atestiguaba pues se tratan de situaciones difíciles de comunicar, ubicando a las adolescentes embarazadas como víctimas.

Se considera que la aparición explícita del tema de la violencia se facilitó por la presencia de terapeutas mujeres, ya que los ofensores son varones y al ser éstas del mismo sexo no les resultaba amenazante, además éste proceso fue auxiliado por la nueva posición grupal que se propició, pues pese a los sentimientos perturbadores que se generaban al escuchar los relatos, se logró contenerlos y encauzarlos al tratamiento, en este periodo se comenzó a emplear señalamientos circunscritos a la situación terapéutica.

En cuanto a la fase final el contenido de las sesiones revela que los diferentes tipos de vínculo aparecen más equilibrados, con diferencias entre ellos de entre 1 a 6 puntos. Estos datos dejan ver que las adolescentes embarazadas ya no emplean de forma

predominante un sólo tipo de relación, sino que pueden recurrir a diversas posibilidades, acorde a la situación que deben enfrentar.

Respecto a la negación de la relación, que era el tipo de conexión más auxiliado, sufrió un notable decremento ( $f = 7$ ) con respecto a las primeras fases, alejándose del resto de las clases de liga afectiva; al modificarse la unión de las chicas con sus familiares (53%), y asumir la relación entre los padres (33%).

En lo tocante a la relación depresiva se observa que ésta predomina en la relación existente entre la joven y su madre (65%), así como entre la chica y su hijo (13%). Pues las pacientes continuaban pendientes de las opiniones de sus madres (simbiosis 80% con la madre), pero también ocupándose de la nueva relación a entablar con u bebé y sobre la que expresaron su deseo de reparación, ya que no deseaban "hacer con sus hijos lo que hicieron con ellas". Esta observación, concuerda con la teoría, que indica la revalorización de la relación con la figura materna y la planeación a futuro que implica el nacimiento del nuevo ser.

En este último período apareció un tema nuevo -pese a ser el centro de reunión-, es decir el embarazo, el cual fue referido por las chicas como disparador de mejoría (40%), de atención, cercanía y confianza (40%) así como de identificación con su propia madre (20%) al ahora reconocer características que debían reunir para lograr el cuidado de sus pequeños.

Al abordar como material de sesión psicoterapéutica el embarazo adolescente, las pacientes lo describieron como "una llamada de atención" dirigida a sus padres, al concordar las participantes haber pasado sola una temporada de su vida con ellos. Así, la soledad es una condición que empuja a las adolescentes a embarazarse sin planearlo conscientemente; además que intentan obtener el cuidado de sus padres para sí y sus hermanos (como en un intento de advertencia acerca de los menores), confortándose al expresar que a partir de su gestación, los padres (en especial la madre) se ocupan de los hermanos; ya que algunas de las pacientes del grupo son las hijas mayores en su composición familiar, adoptando el encargo de sacrificarse y preservar a los hermanos.

Por lo demás, las jóvenes no pueden dejar de aceptar la relación de control, sobre todo al estar con sus madres, pues evidentemente las chicas han debido hacerse cargo no sólo

de sus hermanos, sino también han debido admitir los términos y condiciones con que su madre se relaciona.

No obstante, al término de la intervención psicoterapéutica se notó un incremento en el establecimiento de relaciones normales ( $f = 12$ ), que se espera posibiliten a la chica a establecer relaciones independientes, así como capacidad de resolución y confianza en sí mismas. La relación normal se presentó en su mayor porcentaje en la relación dentro del grupo psicoterapéutico (41%), pues en este lapso las intervenciones ya conectaban el proceder de la paciente en el grupo con su historia. Conjuntamente, se notó que tanto el contacto con la madre y con el bebé comenzó a aclararse, ganando un 16% (cada uno) de relación normal en la última fase. Dejando que el total de los sentimientos encontrados se organizaran en torno a la relación con la pareja.

Se dice que la terapia es una oportunidad de una nueva relación, por ello se propone que en el trabajo con adolescentes embarazadas que asisten a tres o cuatro sesiones, las intervenciones del terapeuta se enfoquen al tema de la unión; pues la situación psicoterapéutica pone en juego la conexión de la joven con su madre, con su historia, el hijo por nacer y con el terapeuta.

### Discusión

En un inicio, este estudio se planteó la hipótesis de que el vínculo predominante en las adolescentes embarazadas tanto con sus madres, pareja e hijos era a través de la agresión, ello al notarlas molestas y con quejas repetitivas en torno a estas figuras, pero sin la posibilidad aparente de poderse alejar. Sin embargo, esta concepción, pues si bien la agresión es una forma arcaica de relación, todos los sujetos deben hallar "en relación" la forma de disiparla para entonces dar paso a otro tipo de unión en el que pueda lograrse un intercambio y construcción al estar frente a otro. Siendo esta la forma en que aparecen los tipos de vínculo (relación de control, simbiosis, relación depresiva, etc.) propuestos por Pichón-Rivière (1985).

De esta manera, fue que se planteó el objetivo del presente documento, en el que se procuró analizar el tipo y características del vínculo que establecen las adolescentes embarazadas, a fin de identificar y aclarar el tipo de relaciones que establecen. A partir de los resultados obtenidos, se puede decir que el trabajo con estas pacientes mostró que la

temática del vínculo con la figura femenina puede acreditarse en una intervención breve, ya que toda relación es fundamentalmente de base afectiva y deriva dinámicamente de dos elementos relacionados: el deseo y la identificación.

Es en la identificación con la madre, el lugar desde el que la niña asumirá el cuerpo cultural y social que se le impone, estimulando a las chicas a comportarse con la idea que tienen de lo que es una mujer. Al llegar a la adolescencia, estas características retoman importancia, al ahora aparecer el acceso a la sexualidad genital y con ella la oportunidad de elegir un objeto con el que desean probar, dar y recibir afecto. Lo que se suma a que la adolescencia pone de manifiesto la revaloración y apropiación del deseo (que se atreva a desear algo diferente a lo que desearon para ella), mismo que se pone en juego con la aparición del embarazo.

Al tratarse de embarazos no previstos, las chicas suelen sentir culpa por haber ejercido su sexualidad (y deseo); esta culpa se expresa al imponerse limitaciones y prohibiciones para continuar y disfrutar con su pareja, así como para insistir en la satisfacción de sus necesidades, incluidas las básicas y de desarrollo personal. Quedando las chicas bajo las órdenes de sus familiares, dentro del "cuerpo familiar" que, por el enojo provocado por el embarazo (evidencia del ejercicio de la sexualidad), se opone a la autonomía de las menores, a la posibilidad de sentir, con el fin de no permitir nuevas sensaciones y goces; pues la alienación al deseo del otro (que satisface las necesidades) también pone en riesgo la propia identidad.

Las adolescentes embarazadas al desear contar con la atención y deseo de los padres (en especial de la madre) se ponen en riesgo a sí mismas, al coartar la búsqueda de su autonomía, ya que el propio deseo y el de la madre, difícilmente se encuentran. Empleando en la relación con esta figura, la unión depresiva, simbiótica y de control principalmente, pues las chicas expresaron en el grupo desear la cercanía de su mamá que aparentemente (por las condiciones de vivienda; pues se trata de jóvenes que residen con su madre y hermanos, y en ocasiones con sus tías y abuelas maternas) no se encontró a su lado por largos lapsos, apareciendo recurrentemente el sentimiento de soledad sin poder rescatar los elementos que habían sido otorgados (precariamente) y que ellas poseían.

Este cuadro asociado a los procesos propios del embarazo, como la reelaboración del vínculo con la madre y la actualización de los sentimientos de depresión y persecución en relaciones ambivalentes, coloca a las chicas en una situación embrollada, pues ahora deben hacerse cargo de un bebé, cuando ellas mismas desean ser cuidadas y protegidas, además que se encuentran trabajando por su propia independencia.

El embarazo admite el cumplimiento de ideales y el retorno a la madre, obteniendo atención y cuidado (después de todo) de las figuras parentales. Se niega así, la importancia de la pareja, como en algún momento también lo hicieron sus madres, tal vez por temor a perder la estima de la mamá, lo que obstaculiza la des-identificación con ella, que le permita establecer nuevas uniones sin sentir culpa. Apareciendo lo que Kâes (en Calvo, Riterman, & Calvo, 2001) llama <<pacto denegativo>>, donde madre e hijo se adhieren y niegan la presencia del padre. Lo que explica que la categoría "negación de la relación" surgiera en la relación con el padre y la pareja, a quienes las chicas intentaban negar, hablando únicamente de ellas y sus madres; debiendo a través de la intervención, hacer presente al tercero.

Durante el tratamiento la paciente refiere preocupación por sus hermanos, padres, etc. ello posiblemente por la alarma de la pérdida de afecto que las jóvenes asocian al embarazo. No obstante la soledad y limitaciones afectivas son una condición previa que las chicas han sorteado, pero que se evidencia. Tal vez por esta causa, en el último lapso del tratamiento, las menores accedieron que el embarazo es una "llamada de atención", que además de cuestionarles las razones de la gestación, invita a los padres a preguntarse por su participación. Sin embargo, es hasta ahora que pueden "enunciar" esta exhortación, pues parece que lo simbólico se inscribió en lo biológico, es decir, en un embarazo no previsto, ya que si se observa detenidamente los resultados puede notarse que la primera fase estuvo permeada por muerte, la intermedia por violencia y la última por el embarazo, favoreciéndose a las adolescentes, pues el Yo posee mayor capacidad de acción ante una dificultad "verbalizada", que ante una inquietud vaga.

De esta suerte, la experiencia en el trabajo grupal con adolescentes embarazadas (con orientación psicoanalítica) permite señalar que centrar las intervenciones en la relación y sus tipos, que las menores exponen y colocan en juego; admite develar los mecanismos que éstas ponen en marcha, y al hacerlo, evitar regresiones. No obstante, las

intervenciones no deben ceñirse a este tema, pues como se puede ver en este trabajo, las pacientes proponen la temática y es tarea del psicólogo ayudar a elaborarla.

Así, Pichón-Rivière (1985) recomienda al terapeuta escuchar, estar abierto al discurso del paciente, buscando que éste adquiera la posibilidad de lograr un intercambio mayor. Es aquí donde toma importancia la intervención a partir de la teoría del vínculo, pues las jóvenes se quejan de la soledad que padecieron, sobre todo tiempo antes del embarazo, esta soledad es producida por la pérdida paulatina de la comunicación (con los padres) y por ende de la creación de vínculos que entorpecen el intercambio, lo cual debe ser explicitado por el terapeuta a fin de lograr una mayor comunicación, primero en sesión, y más tarde en el ambiente de la chica.

Esta incomunicación se repetía en el espacio terapéutico, donde al inicio las jóvenes se resistían a hablar, pero al poner en evidencia estas características -por medio de la interpretación- la relación entre paciente, grupo y terapeuta prosperó. Por ende, el trabajo terapéutico debe ser lo más espontáneo posible, posibilitando la construcción de hipótesis; sin que esto implique que el analista debe sacar de sí las "piezas" faltantes, sino que debe trabajarse con el material ofrecido por el paciente, armando una nueva representación.

A partir de la teoría del vínculo, donde la espiral dialéctica es un concepto trascendental, el terapeuta no debe conducirse como objeto de identificación, más bien se presta a que el grupo le adjudique características que se deben esclarecer, clarificar, para lograr una mayor comprensión, pues resulta importante contar con alguien disponible, alguien que esté presente. Fue entonces que las jóvenes al encontrarse en hospitalización (por el parto), tenían la seguridad de que serían visitadas y que el grupo se enteraría su situación; asimismo, algunas chicas utilizaron la vía telefónica para enterar sus circunstancias, pues ocasionalmente sus condiciones médicas les impedían su asistencia a psicoterapia; lo que además permitía su permanencia en el grupo. Así este trabajo también considera al terapeuta y permite una práctica franca, que puede extenderse a otra población.

## Referencias

- Arceus, M. (Marzo-Abril 1998). La adolescente embarazada y su familia. *Revista Psicología: el embarazo en la adolescente*. 22, 15-20.
- Bion, R.W. (1994) *Experiencias en grupos*. México: Paidós.
- Bleichmar, S. & Schenquerman, C. (1982) *Especularidad y vínculo*. Manuscrito inédito. Escuela interdisciplinaria de aprendizaje y comunicación grupal. EIDAC.
- Bruyn, M. (2001). *Género o sexo: ¿a quién le importa?* Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes. México. Chapel Hill: Ipas.
- Calvo, I., Riterman, F. & Calvo de Spolanski, T. (2001) *Pareja y Familia: vínculo-diálogo-ideología* (2ª Ed.) Argentina: Amorrortu editores.
- De la Fuente, R., Medina, M. & Caraveo, J. (1997) *Salud Mental en México*. México: Fondo de Cultura Económica
- Dio B., E. (1997) *El feminismo espontáneo de la histeria*. México: Fontamara.
- Pichon-Rivière, E. (1985) *La teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Periódico Reforma. Hernández M. <<Difunden causas de aborto legal>>. Disponible en: <http://www.reforma.com.mx> consultado Marzo 3, 2004.
- Stern, C. & García E. (1999) *Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente* *Reflexiones*. 2, (13) 1-21.
- Vives J. & Larigue T. (1994) *Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia* *Manuales de práctica profesional*. México: Universidad Iberoamericana, AC.



## **Adolescentes con intento de suicidio: características individuales y familiares asociadas**

M en C. Angélica María Lechuga Quiñones, M en C. Yolanda Martínez López,

Lic. Psic. Alberto Terrones González, Dr. med. Jaime Salvador Moysén,

Instituto de Investigación Científica, Universidad Juárez del Estado de Durango.

### **Resumen:**

En el intento de suicidio en adolescentes se ha documentado la importancia de la familia, así mismo se ha observado que la estructura y dinámica familiar, conjuntamente con los rasgos de personalidad del adolescente, están íntimamente relacionados con su estabilidad emocional y consecuentemente con su desarrollo social. Estimar la prevalencia de intento de suicidio en estudiantes duranguenses de nivel medio superior, analizar las diferencias de estructura y dinámica familiar, conocer las características emocionales y familiares de acuerdo al sexo; así como saber a quién le comunicaron de su acción autodestructiva y el método empleado para intentar quitarse la vida, fueron los objetivos cruciales del presente trabajo; con el fin de alcanzarlos se utilizó un diseño comparativo analítico, aplicándose a 626 adolescentes de 15 a 19 años de edad, de instituciones de educación media superior tanto de escuelas públicas como privadas un cuestionario semiestructurado. El grupo de estudio quedó conformado por 371 (59.3%) mujeres y 255 (40.7%) hombres, 107 (17%) adolescentes refirieron haber intentado suicidarse una o más veces, 84 (22%) mujeres y 23 (9%) hombres.

Las reflexiones y motivaciones finales en este trabajo, permiten en gran medida orientar o bien ofrecer información a los y las adolescentes, involucrando principalmente a la familia y la escuela. En este sentido las inquietudes se dirigen hacia nuevas interrogantes para su investigación, relacionadas con las diferencias de género, así como con los factores psicosociales protectores y de riesgo asociados al intento de suicidio.

**Palabras clave:** Adolescencia, intento suicida, familia, factores de riesgo.

\*Este trabajo forma parte del proyecto: "Prevalencia de ideación suicida e identificación de sus condicionantes psicosociales en adolescentes de la ciudad de Durango". Aprobado por el Sistema de Investigación Francisco Villa (Sivilla-Conacyt) Clave: 20000403009. Colaboraron con El Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango (IC-UJED) para el desarrollo de este proyecto; La Secretaría de Educación Pública (SEP), y la Unidad de Psicología Clínica y Psicoterapia del Hospital General de la Secretaría de Salud en la ciudad de Durango.

En la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo, pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, se destacan entre estos comportamientos, una sexualidad precoz y desprotegida, el consumo de alcohol y tabaco, la deserción escolar, los accidentes, las conductas suicidas (ideación, intento, suicidio), la violencia, la mala nutrición y ciertas enfermedades infecciosas (OPS-Kellogg, 1998).

Estos problemas no sólo tienen raíces comunes, sino además están interrelacionados en términos de causa-efecto. Como señala Irwin (1987) citado por Suárez y Krauskopf (1995, p. 187), "los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo".

En los últimos años en diversos trabajos (García y Tapia, 1990; González-Forteza, Salgado de Snyder y Rodríguez, 1995; Grossman 1992; Sánchez, 2000 y Suárez y Krauskopf, 1995). Se ha reportado que los principales factores de riesgo que predisponen al intento de suicidio en adolescentes mexicanos son: los trastornos de ansiedad o el humor, el estrés, el abuso de sustancias psicoactivas, la violencia, los problemas familiares, y la baja autoestima. De igual forma se tiene el referente de que los factores esenciales para el intento suicida son: Adolescentes sin apoyo social y familiar que han sobrevivido al intento suicida, que han llamado la atención por anticipar o amenazar con quitarse la vida, antecedentes familiares tanto de intento como de suicidio consumado, presencia generalizada de sentimientos de culpa, desesperanza, depresión mayor, y ansiedad e insomnio severo (González - Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999).

Existen factores psicosociales y estilos de vida que desempeñan un papel relevante en diferentes conductas de riesgo como es el caso del intento de suicidio, el cual ha sido reconocido como uno de los predictores del suicidio consumado en adolescentes.

En las últimas dos décadas se ha observado en diversas regiones del mundo, un incremento paulatino y constante de la conducta suicida en adolescentes (OPS-OMS, 1994). En México, el panorama epidemiológico muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos de suicidio en la población joven (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez 1994; Hjar, Rascoñ, Blanco, y López, 1996), por otro lado se han realizado diversas aproximaciones teóricas y empíricas para definir y clasificar las conductas suicidas (García y Tapia 1990; González - Forteza et al. 1995; González-Forteza, García, Medina-Mora 1998; Sánchez, 2000; Terroba, Herman, Santiger y Martínez 1996 y Villatoro et al. 1997), llegando a la conclusión de que, el comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que

compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas). Ejemplos de este tipo indirecto de conducta suicida son: el consumo abusivo de alcohol y drogas, el hábito de fumar, comer excesivamente y descuidar la propia salud; por mencionar sólo algunas conductas que involucran cualquier comportamiento que implica una amenaza a la existencia (González – Forteza, Mariño, Mondragón, Medina–Mora y Sánchez 2000).

La conducta suicida se ha observado como un complejo, multideterminado que incluye factores que consideran al individuo tanto en el plano psicológico como social, por lo que algunas áreas de estudio han tratado de explicar este fenómeno desde su perspectiva.

En los últimos años en el área de investigación sobre adolescencia, se ha mostrado un mayor interés por incorporar el contexto social que rodea al adolescente, enfocándose más en el estudio de la familia, la escuela, los amigos, y el trabajo.

Es importante mencionar que principalmente la familia, esta íntimamente ligada a la estabilidad emocional del ser humano y es por ello que en el estudio del intento de suicidio, merece particular atención, ya que ésta es vista como una unidad psicosocial que implica factores protectores y de riesgo, cuya interacción con el entorno sociocultural la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales que impactan severamente sobre todo en esta etapa de la vida.

De acuerdo con Herrera (1997), el concepto de una familia funcional, vista desde la dimensión social es aquella en la cual cada uno de sus miembros funciona positivamente en el aspecto biológico, psicológico y social. Por lo tanto la estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales de índole social y cultural, que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia indicando a éstos cómo deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento y que en determinadas épocas de la vida sus miembros se involucran entre sí de manera estrecha, y en ciertos casos abrumadora.

El enfoque familiar es de particular importancia en la salud, el bienestar y el desarrollo del adolescente, debido a la fuerte influencia positiva que una familia funcional tiene, cuya característica principal es el promover un desarrollo favorable de la salud en todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías, límites y roles claros y definidos, comunicación abierta, explícita así como capacidad de adaptación al cambio.

Parsons, citado por Haro y Denman (1994, p. 27) opina "que la familia contemporánea sólo ejerce dos funciones fundamentales e irreductibles: la socialización primaria de los niños y la estabilización de las personalidades adultas de la población". Desde el punto de

vista sociológico Wenz, (1979) citado por Villardón, (1993, p. 41), advierte que se ha comprobado que "la anomia familiar ayuda a explicar el comportamiento mal adaptativo de los sujetos, entre el que se encuentra el autodestructivo, como una posible forma, aunque extrema, de reaccionar a dicha anomia". Emerich (1988), menciona que durante sus investigaciones ha ido comprobando a través de las entrevistas familiares que existen evidentes datos clínicos en los cuales el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción o el acto autodestructivo es necesario para que la familia modifique algunos patrones específicos de relación, por ejemplo presentar rigidez en sus roles.

Otros investigadores (González-Forteza et al., 1999 y Villatoro et al., 1997), han reportado que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitirían al joven enfrentar los problemas y tensiones asociadas con esta etapa.

El suicidio consumado y las tentativas de suicidio son la vía final común para muchos problemas del adolescente, se trata de actos autodestructivos extraordinariamente complejos que pueden manifestar diversos factores motivacionales que dificultan la comprensión de sus causas. Granados (1985), subraya la tendencia "del paso al acto" junto a la negación, como características de las conductas suicidas de la adolescencia. Para este autor el adolescente suicida busca la supervivencia, el renacimiento, de forma que coquetea con la muerte en un manejo que tiene mucho de actividad mágica y de control omnipotente.

Eisenberg (1980), refiere que los suicidios impulsivos son más frecuentes durante la adolescencia que en otras etapas de la vida, este carácter impulsivo de los suicidios en los adolescentes también ha sido observado por otros investigadores (Shaffer, Gartand y Gould, 1988; Hoberman y Garfinkel, 1988), quienes encuentran una proporción de suicidios consumados de tipo impulsivo frente a los planeados de 4 a 1. La impulsividad del adolescente muestra tener un alto nivel de riesgo al suicidio, cuando se encuentran presentes estados emocionales como la depresión y la ansiedad (Coruble, Damy y Guelfi, 1999; Conner, Duberstein, Conwell y Caine, 2001; Fawcett, 2001 y Lejoyeux, Arbaretaz, McLoughlin y Adés, 2002).

Las definiciones clásicas sobre intento de suicidio hacen hincapié en que es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida (Durkheim 1974), no siempre es este propósito el que subyace y motiva a un intento suicida. Elio se debe a que alguien se puede auto infligir una lesión no para morir, sino para lo que en el campo de clínica se denomina "obtener ganancias secundarias", como "llamar la atención" a modo de "grito de

ayuda" cuando así lo considera una persona, o para "manipular" (Hunrry 2000) sin embargo, también puede ser una forma para "castigar" a otras personas como los padres o al novio(a), ya sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo, dado que puede morir aun sin habérselo propuesto; y también sucede lo contrario, esto es, que no muere, aun deseando hacerlo independientemente cual fuere la causa que, consciente o inconscientemente motive a los(as) adolescentes a intentar suicidarse, ya que en realidad no existe un control absoluto del método suicida que garantice morir o sobrevivir al intento sin secuelas físicas y/o emocionales; es decir que no se puede prever con absoluta certeza la letalidad del intento, ya que hay quienes han muerto habiendo querido quedar vivos tras el intento suicida, y hay quienes han sobrevivido al intento, aún teniendo una franca convicción de morir, por lo que pueden volver a intentarlo.

Sin duda alguna, el mejor indicador de riesgo suicida es el intento de suicidio, afirmación que se confirma con diversos estudios (González-Forteza, Ramos, Mariño, y Pérez 2002; Rotheram 1993; Temonés, Salvador, Lechuga 2000) que refieren que los adolescentes con conductas suicidas sufren una elevada morbilidad y mortalidad a mediano y largo plazo, ya que quienes han intentado suicidarse una vez, es probable que lo intenten de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales o secuelas derivadas de los actos frustrados.

Por lo tanto es importante tomar en cuenta el involucramiento de aspectos multifactoriales que den cuenta de la conducta, personalidad y cambios que experimenta el adolescente en su contexto psicosocial. En este caso la familia se ha constituido como uno de los factores tanto protectores como de riesgo más importantes en cuanto al suicidio adolescente. Es indudable la aportación que a través del tiempo han realizado, tanto las teorías sociológicas como psicológicas al reconocer la influencia de factores psicosociales, epidemiológicos, demográficos y económicos, en las conductas suicidas. De ahí la conveniencia de estudiar el suicidio desde una visión interdisciplinaria reconociendo que, como objeto de estudio, esta problemática es compleja y dinámica que quedaría restringida si se abordara separadamente de forma unidisciplinaria.

Los objetivos del presente trabajo fueron: estimar la prevalencia de intento de suicidio en la población adolescente de 15 a 19 años de edad que fueran estudiantes de educación media superior y residentes de la zona urbana de la ciudad de Durango; así como comparar aquellos que refirieron haber intentado suicidarse en una ocasión o más, con los que no intentaron este acto, así como analizar algunos de los principales factores de riesgo asociados con el intento suicida, las características familiares e individuales

relacionadas con el estado emocional de los y las adolescentes, y la distribución por sexo, estimando la frecuencia de riesgo.

Por otro lado identificar el método empleado para este fin y los principales actores familiares y sociales a quienes les comunicaron su intención de quitarse la vida.

## METODOLOGÍA

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** Se llevó a cabo una encuesta comparativa de tipo Observacional, prospectiva, transversal y analítica (Méndez, Namihira, Moreno, Sosa de Martínez 1996).

### POBLACIÓN DE ESTUDIO

La muestra se seleccionó con base en los registros de la Secretaría de Educación Pública. Estuvo constituida por sujetos de 15 a 19 años de edad, residentes de la ciudad de Durango, que asistían a escuelas tanto públicas como privadas de enseñanza media superior con reconocimiento oficial. Quedando un total de 626 adolescentes.

**EL TIPO DE MUESTREO** fue probabilístico, polietápico por conglomerados, y estratificado por nivel socioeconómico, de acuerdo con la ubicación de las escuelas

### ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La estimación muestral se realizó considerando la prevalencia referida por algunos autores (Hijar et al., 1996; García 1990; González-Forteza et al., 1998; González-Forteza et al., 1999; González-Forteza et al., 2002; INEGI/SSA 2001) para el intento de suicidio, debido a que el sexo representó una variable de interés se calculó por separado el tamaño de muestra para hombres y mujeres, se consideró una prevalencia de 20% para hombres y 40% para mujeres.

Se acudió a la Secretaría de Educación Pública, para solicitar información referente a las instituciones educativas de nivel medio superior y obtener los listados de escuelas tanto públicas como privadas pertenecientes a la zona urbana de la ciudad. La elección de las escuelas de los diferentes conglomerados fue de manera aleatoria, clasificando el nivel socioeconómico en tres estratos: alto, medio y bajo, de acuerdo con las zonas catastrales, definidas en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado (1991).

Para estimar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula convencional sugerida para estudios descriptivos (encuestas) tomada de "La propuesta de Investigación y el Muestreo". Instituto de Investigación Científica, (1997).

Fórmula:

$$n = Z^2 (p) (q) / d^2$$

Estimación muestral de hombres.

$$Z^2 = 1.96^2$$

$$p = .2$$

$$q = 1 - .2 = .8$$

$$d^2 = .05^2$$

$$n = 245$$

Estimación muestral de mujeres.

$$Z^2 = 1.96^2$$

$$p = .4$$

$$q = 1 - .4 = .6$$

$$d^2 = .05^2$$

$$n = 369$$

Esta fórmula es la sugerida para estudios de encuesta que consideren estimaciones probabilísticas (Sales y Orozco 1994).

Se seleccionaron 6 escuelas del sistema público y 2 pertenecientes al privado, la selección de las escuelas privadas se realizó independientemente de la zona catastral donde estuviera ubicada la escuela. Una vez identificados los planteles educativos participantes en la encuesta, se seleccionó de manera aleatoria el mismo número de alumno(as) participantes por grado.

*Criterios de inclusión*

- Estudiantes que se ubican en el rango de 15 a 19 años de edad.
- Que estuvieran inscritos en cualquier semestre de educación media superior tanto de escuelas públicas como privadas, pertenecientes a la zona urbana.
- Que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio.

## INSTRUMENTO

El instrumento de Ideación suicida en Adolescentes Durango (IDA-DGO) consta de 170 reactivos, en formato auto aplicable, para el propósito de este trabajo se seleccionaron 29 preguntas que incluyen las características socio-demográficas, los reactivos relacionados con la estructura y la dinámica familiar; impulsividad y malestar depresivo. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en el periodo de septiembre- noviembre del 2001, la

participación de los adolescentes fue voluntaria, garantizándoles confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el manejo de la información se diseñó una base de datos mixta, y para la captura se utilizó el paquete Epi Info versión 5.0. Después de re-codificar y verificar la consistencia interna de la base, con el apoyo del paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) en su versión 10, a partir de variables simples se crearon escalas e índices como a continuación se describe:

Impulsividad: El formato de respuesta es de tipo Likert: desde 1= nunca hasta 4= con mucha frecuencia; de manera que un mayor puntaje significa conductas altamente riesgosas. Con la suma del puntaje de cada uno de los cinco reactivos se obtuvieron tres niveles de impulsividad: 5 a 7= bajo, 8 a 10= media y de 11 a 20= alta. En el cuadro 5 y 6 se presentan los resultados obtenidos al analizar los niveles de impulsividad baja y alta.

Malestar Depresivo: Se consideró solo un reactivo como indicador de malestar depresivo, "Me sentí deprimido (a)" el cual se agrupó en tres categorías: 1) Nunca, 2) 1 a 2 días de la semana previa a la aplicación del cuestionario y 3) de 3 a 7 días a la semana previa a la aplicación del cuestionario.

Las categorías de análisis para detectar la frecuencia con la que intentó suicidarse alguna vez en la vida fueron las siguientes:

- *Intento Suicida Definido*, que se refiere al registro afirmativo a la pregunta "¿Alguna vez, a propósito te haz herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?". Además se registraron las respuestas consecuentes: edad del único o último intento, principal motivo y método utilizado, e indicadores de gravedad.
- *Intento Suicida Probable*, que se refiere también al reporte afirmativo a la pregunta señalada arriba, registrando en el indicador de método sólo la intención de tratar de quitarse la vida, que en estos casos únicamente quedó en intención; p.ejm.: "Me iba a tomar unas pastillas", "Me quería cortar".
- *Sin Intento Suicida*: Se refiere al registro negativo a la pregunta mencionada.

#### ANÁLISIS UNIVARIADO

Para el resumen de las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión.



## ANÁLISIS BIVARIADO

En esta etapa del análisis se utilizó el paquete estadístico, Statistics/Data Analysis (STATA) en su versión 7.0. Se establecieron los dos grupos a comparar: el primero conformado por 107 adolescentes que refirieron haber intentado suicidarse en una ocasión o más, y el segundo conformado por 519 adolescentes que contestaron no haber intentado suicidarse.

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Este análisis incluyó la estimación de:

Medidas de frecuencia - Se consideró la prevalencia puntual de intento de suicidio en la población general de adolescentes y en los grupos específicos de acuerdo con variables como sexo, tipo de familia, ambiente familiar y otros.

Medidas de asociación - Con el propósito de identificar la posible relación entre las variables y el intento de suicidio, se estimaron las cifras de Razón de Momios (Odds Ratio) y sus intervalos de confianza al 95% (Tapia y Nieto, 1993; Feinholz, y Ávila 2001). Se diseñaron tablas de contingencia de 2 X n para facilitar la observación del comportamiento de las variables y mediante la determinación del valor de  $X^2$  de Pearson (Lewis 1975; Snedecor y Cochran 1979; González de Rivera et al. 1993).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con las características socio-demográficas de los(as) adolescentes que conformaron la muestra, los resultados indican que el 59.3 % (n= 371) representó a las mujeres y 40.7 % (n= 255) a los hombres; el rango de edad fue de 15 a 19 años con una media general de 16.37 años y una desviación estándar de 1.22.

De los 626 adolescentes que integraron la muestra se formaron dos grupos:

519 que refirieron no haber intentado suicidarse

- 287 mujeres
- 232 hombres

107 adolescentes que refirieron haber intentado suicidarse una ó más veces.

- 84 mujeres
- 23 hombres

El porcentaje de mujeres 22.6 % (n=84) que intentaron suicidarse en una ocasión o más, es tres veces mayor en relación con los hombres 9% (n=23). En cuanto al estado civil, la

condición de soltero(a), predominó tanto en el grupo sin intento (83.0 %) como en el grupo con uno o más intentos (17.0%). Se observa, que tanto en el grupo sin intento (85.36%), como con uno o más intentos (88.68%) manifiestan profesar la religión católica.

Por tratarse de un evento pasado, es pertinente conocer la edad en la que lo(as) adolescentes refirieron haber intentado suicidarse por única o última vez, los hombres reportan que fue a los 13 años y las mujeres a los 14.5 años, la mediana para ambos fue 14.5 años. Datos significativos considerando que los(as) adolescentes que registraron el mayor porcentaje fueron alumnos que se encontraban al momento de aplicar el cuestionario cursando el segundo y tercer año de preparatoria, por lo que se pudiera inferir que su acción en muchos de ellos aconteció durante los años de secundaria o principios de preparatoria, desconociéndose si los(as) adolescentes recibieron algún tipo de orientación o ayuda psicológica dadas estas conductas de riesgo.

Según el reporte de estudios internacionales (OPS-OMS 1994; OMS 1995; OPS/Kellogg 1998), como nacionales (Terroba et al. 1996 y Terroba, Satjeral, y Gómez, 1998; y Villatoro et al, 2003), los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino que en el masculino. En los datos obtenidos con la población escolar duranguense, se observa que el intento de suicidio en las mujeres es más frecuente que en los hombres, en una proporción de casi 3:1 (Cuadro 1)

**Cuadro 1**

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN SIN INTENTO Y SOBREVIVIENTE A UNO Ó MÁS INTENTOS DE SUICIDIO

	Sin intento		Con 1 ó más intentos		P*	OR (I.C. 95%)
	no.	%	no.	%		
HOMBRES	112	81.0	21	9.0	*	
MUJERES	287	77.4	84	22.6	0.00	2.45 (1.77-3.36)

Fuente: Cuestionario EDA-DOO 2001

La distribución de los(as) adolescentes sin intento de suicidio, así como aquellos(as) que intentaron suicidarse en una ocasión o más, de acuerdo con el tipo de familia, muestra datos significativos al compararse la familia nuclear con cada una de las otras cuatro categorías identificadas. Se observó que aquellos(as) adolescentes que tuvieron la mayor frecuencia de riesgo al intento de suicidio fueron los(as) participantes que formaron parte del tipo de familia reconstruida (RM 2.54) y uniparental (RM 1.84); la frecuencia de riesgo

al intento de suicidio fue menor en aquellos(as) adolescentes que pertenecieron al tipo de familia extensa (RM 1.19) y fragmentada (RM .464). (cuadro 2).

Cuadro 2

## CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

TIPO DE FAMILIA	Sin intento		Con 1 o Más intentos		TOTAL	p*	OR (IC: 95%)
	No.	%	No.	%			
Nuclear <sup>2</sup>	337	85	58	15	395		
Extensa	44	83	9	17	53	0.66	1.29 (1.48 - 2.64)
Uniparental	95	76	31	24	129	0.01	1.84 (1.08 - 3.07)
Reconstruida	16	70	7	30	23	0.04	2.54 (1.84 - 3.56)
Fragmentada	25	93	2	7	27	0.29	.464 (1.05 - 1.91)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

<sup>2</sup>Categoría de contraste

\* Pearson

Para conocer la dinámica familiar, se exploró la percepción que los adolescentes tienen de las siguientes condiciones: ambiente en el hogar y calidad de relación con los hermanos. Para evaluar la importancia del ambiente en el hogar se formaron tres categorías (cuadro 3). La categoría de "amable-cálido" se tomó como punto de contraste para las otras dos. El entorno "amable-cálido" mostró su efecto protector en relación a la intención suicida del adolescente, el efecto opuesto se observó en las otras dos categorías, en las que se aprecia una frecuencia de riesgo de casi tres veces más (RM 2.86) en el entorno "autoritario - rígido" y de siete veces más (RM 7.07) en el ambiente "hostil -violento".

Cuadro 3

## PERCEPCIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTE DE SU AMBIENTE FAMILIAR

CATEGORÍA	Sin intento		Con 1 o Más intentos		TOTAL	p*	OR (IC: 95%)
	No.	%	No.	%			
Amable - Cálido <sup>2</sup>	428	88	58	12	486		
Autoritario - Rígido	67	72	26	28	93	0.00	2.86 (1.61 - 4.99)
Hostil - Violento	24	51	23	49	47	0.00	7.07 (3.34 - 15.96)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

<sup>2</sup>Categoría de contraste

\* Pearson

Para evaluar la percepción que los adolescentes tienen de la calidad de relación con sus hermanos, se formaron tres categorías: la categoría "muy buena" representó el punto de contraste de las otras dos (cuadro 4). En la categoría de "buena - regular", la frecuencia de riesgo de intento suicida es de casi dos veces más (RM 1.84) a la observada en la categoría "muy buena" y el riesgo de los que refirieron una "mala" relación fue casi tres veces superior (RM 2.92) a la observada en el grupo de los adolescentes ubicados en la categoría de "muy buena" relación. Esta última puede considerarse como una fuente de apoyo importante para los adolescentes, sobre todo aquellos que estén inmersos en situaciones problemáticas.

**Cuadro 4**  
**RELACION CON LOS HERMANOS**

CATEGORIA	Sin Intento		Con 1 o Más Intentos		TOTAL	P*	OR (IC. 95%)
	No.	%	No.	%			
Muy buena <sup>1</sup>	173	72.61	60	36.60	413		
Buena - Regular	128	24.71	38	35.85	196	0.00	1.84 (1.13 - 2.96)
Mala	17	3.28	8	7.55	25	0.01	2.92 (1.04 - 7.51)

Fuente: Cuestionario IDA-DOO 2001

<sup>1</sup>Categoría de contraste \* Pearson

Respecto a las características individuales - emocionales de los y las adolescentes se identificó una asociación de variables con referencia a sexo e intento de suicidio.

Estudios realizados con población mexicana, (Caballero, Ramos, González-Forteza, y Saltjeral 2002) han reportado que, cuando el adolescente percibe su ambiente familiar como de mayor hostilidad y rechazo, cuando existe una menor comunicación y apoyo por parte de sus padres, o que es testigo o víctima de violencia, puede presentar diferentes problemas psicosociales y de salud mental tales como malestar depresivo, ideación e intento suicida y consumo de drogas entre otros. De acuerdo con las características individuales y familiares asociadas al estado emocional de los(as) adolescentes y haciendo la comparación por sexo se pudieron obtener los siguientes datos. Aunque las mujeres presentan una frecuencia de riesgo de casi tres veces más (RM 2.95) en comparación con los hombres, la fuerza de asociación se incrementa cuatro veces (RM 4.20) cuando las mujeres refieren sentirse rechazadas por los padres, los hombres que refirieron la misma situación presentaron un riesgo de casi tres veces más (RM 2.88) cuando se compararon con varones que no refirieron rechazo.

En lo que se refiere al "sentimiento de soledad" aún cuando se esta acompañado(a), el riesgo de intento de suicidio es de 5.26 en las mujeres y de 3.6 en los hombres, aunque en los varones el riesgo del intento de suicidio es de 11.1 veces en la categoría de "sentimiento de incompreensión por parte de los padres" y en las mujeres el riesgo es de 4.19 , en cuanto al "fuerte deseo de marcharse de casa", en los varones el riesgo es de 6.33 y en las mujeres de 5.64.

La mayor frecuencia de intento de suicidio entre las mujeres se incrementa a 4.69, cuando éstas refieren "alta impulsividad" , en los hombre el riesgo es de 2.66 veces. Algo semejante ocurre con la presencia de depresión, el haberse sentido deprimidas(os) "de 3 a 7 días durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario" incrementa el riesgo de intento de suicidio 4.60 en las mujeres y 4.35 en los hombres.

En relación a estos datos, algunos autores (Cornuble et al. 1999; Conner et al. 2001; Fawcett 2001, y Lejoyeux 2002) han encontrado en sus estudios que la impulsividad del adolescente muestra tener un alto nivel de riesgo, cuando se encuentran presentes estados emocionales como la depresión y la ansiedad. En este caso las adolescentes duranguenses presentan frecuencias de riesgo más altas en comparación con los hombres, con estas dos variables de riesgo; impulsividad y depresión (Cuadro 5 y 6).

Cuadro 5

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES

	HOMBRES n= 255		P*	OR (I.C. 95%)		
	Sin Intento n = 232	Con 1 ó más Intentos n = 23				
	no.	%	no.	%		
<b>EL SENTIRSE RECHAZADO POR LOS PADRES</b>						
No *	176	75.86	12	52.17		
Si	56	24.14	11	47.83	0.013	2.88 (1.08 - 7.54)
<b>SENTIR INCOMPRESIÓN DE LOS PADRES</b>						
Leve *	111	91.73	6	50.0		
Severo	10	8.27	6	50.0	0.000	11.1 (2.40 - 49.18)
<b>SENTIMIENTO DE SOLEDAD AUN CUANDO SE ESTÁ CON OTRAS PERSONAS</b>						
No*	142	61.21	7	30.43		
Si	90	38.79	16	69.57	0.004	3.60 (1.33 - 10.73)
<b>FUERTE DESEO DE MARCHARSE DE CASA</b>						
No *	132	57.14	4	17.4		
Si	99	42.86	19	82.6	0.000	6.33 (2.00 - 26.23)
<b>IMPULSIVIDAD</b>						
BAJA *	64	27.59	4	25.0		
ALTA	72	31.03	12	75.0	0.093	2.66 (0.75 - 11.84)
<b>DEPRESIÓN</b>						
Nunca *	127	54.74	5	21.74		
De 3 a 7 días a la semana anterior del cuestionario	105	15.08	18	78.26	0.002	4.35 (1.48 - 15.43)

Fuente: Cuestionario IDA-DCO (2011)

\*Categoría de control

Cuadro 6

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL ESTADO EMOCIONAL DE LAS ADOLESCENTES

	MUJERES n = 371		P*	OR (I.C. 95%)	
	Sin intento n = 287 no. %	Con 1 ó más intentos n = 84 no. %			
<b>EL SENTIRSE RECHAZADA POR LOS PADRES</b>					
No *	204	71.08	31	36.90	
Si	83	28.92	53	63.10	0.00 4.20 (2.44 - 7.26)
<b>SENTIR INCOMPRESIÓN DE LOS PADRES</b>					
Leve *	134	89.33	20	66.7	
Severo	16	10.67	10	33.3	0.00 4.19 (1.47 - 11.36)
<b>SENTIMIENTO DE SOLEDAD AUN CUANDO SE ESTA CON OTRAS PERSONAS</b>					
No*	126	43.90	11	13.10	
Si	181	56.10	73	86.90	0.00 5.26 (3.03 - 9.52)
<b>FUERTE DESEO DE MARCHARSE DE CASA</b>					
NO *	181	56.18	16	19.05	
Si	126	43.90	68	80.95	0.00 5.64 (3.31 - 9.96)
<b>IMPULSIVIDAD</b>					
BAJA *	116	65.54	15	28.85	
ALTA	81	34.46	37	71.15	0.00 4.68 (2.28 - 9.90)
<b>DEPRESIÓN</b>					
Nunca *	63	56.02	13	21.67	
De 3 a 7 días a la semana anterior del cuestionario	73	43.98	47	78.33	0.28 4.60 (2.2 - 9.94)

Fuente: Cuestionario IDA-DXX 2001

\*Categoría de control

Es importante considerar que en la mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza anticipadamente llamadas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse aunque no siempre de manera clara, los adolescentes generalmente conversan con sus amigos o amigas, quienes pasan por situaciones similares o con quienes tienen mayor confianza o necesidad de hablar sobre el tema. En este estudio cuando se exploró con la pregunta abierta si comentaron su intención de quitarse la vida con alguien y ¿a quién?. El 60% refirió que sí lo comentó, el 41% no lo comentó con nadie, dato que pudiera asociarse con lo referido por Granados (1985), en relación a que el adolescente suicida busca la supervivencia, el renacimiento, de forma que coquetea con la muerte en un manejo que tiene mucho de actividad mágica y control omnipotente. Es importante reconocer que el grupo de amigos(as) es quien primero se enteró de manera abierta o disfrazada de este tipo de conducta riesgosa, por lo que es de suma importancia informar a la población adolescente para que esté alerta a este tipo de mensajes que no siempre se expresan de manera clara, así como el tipo de apoyo o ayuda que pudieran brindar al encontrarse en una situación como ésta. Gould (1965) menciona que, una tentativa de suicidio puede ser una señal de socorro enviada de modo difuso y al azar con la esperanza de que alguien la recoja.

Cuadro 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE COMUNICÓ O COMENTÓ CON ALGUNA PERSONA, SU INTENCIÓN DE QUITARSE LA VIDA

¿SE LO COMENTASTE A ALGUIEN?	No.	%
SÍ	63	60
NO	42	40
¿A QUIÉN?		
Amiga (o)s	33	50.9
Familiares: papá, mamá, hermana(o)s, prima(o)s	14	13.1
Amiga(o)s y Novia(o)	8	7.5
Familiar y Amiga(o)s (papá, mamá, amiga(o)s)	4	3.7
Otros: psicóloga(o), todos	4	3.7
No lo comentaron	44	41.1



Se presentan los métodos empleados tanto por hombres como por mujeres en el intento de quitarse la vida, en ambos sexos se refirió en primer lugar, la ingesta de medicamentos seguida por el uso de objetos punzocortantes con la intención de "cortarse las venas", en cuanto al empleo de estos dos métodos utilizados conjuntamente, llama la atención que sólo las mujeres (13%) lo reportaron, en cuanto al grupo que sólo tuvo la intención de quitarse la vida pero sin llegar a tomar alguna acción para tal propósito (*Intento Suicida Probable*), fue mayor el porcentaje de mujeres al compararse con los varones, 7.4% y 4.3% respectivamente. Cabe señalar que los métodos utilizados en la población duranguense estudiada son comunes, sin embargo se puede señalar que la frecuencia de las mujeres es mayor que la observada en los hombres, además de emplear más de un método, dato que puede relacionarse con los niveles de impulsividad que manejan las mujeres en relación con los hombres. Híjar, et al. (1996, p.19) mencionan que "la utilización de métodos comunes reside en la mayor accesibilidad y disponibilidad de los mismos". (Cuadro 8)

Cuadro 8

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE INTENTO SUICIDARSE POR SEXO, SEGÚN MÉTODO EMPLEADO

Método	Mujeres No.	%	Hombres No.	%
<i>Intoxicación por el uso de medicamentos o sustancias</i> "pastillas, insecticida"	29	34.5	10	43.5
<i>Uso de objetos punzocortantes</i> "cuer, vidrio, navaja, cuchillo, aguja"	20	23.8	6	26.1
<i>Empleo de dos métodos</i> "Me corte las venas y...." "tomé medicamentos", "me intoxicqué", "estuve a punto de tomarme una botella de cloro", "tomé veneno para ratas".	11	13.0	0	0
<i>Otros</i> "Me embriagué y drogúe cañón", "dejé de comer y me provoqué bulimia", "estrellarme en un camino"	1	1.1	2	8.7
<i>Intenté pero no me atreví</i> "cortarme las venas", "puse balas a una pistola", "quise encajarme un cuchillo", "tirarme de la azotea"	6	7.4	1	4.3
<i>No contestaron</i>				
Total	17	20.2	4	17.4
	84	100	23	100

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

## CONCLUSIONES

Tomando en cuenta que en la actualidad los perfiles epidemiológicos muestran que los y las adolescentes son el grupo poblacional con mayor riesgo de conductas suicidas, en el contexto duranguense esta problemática requiere ser reconocida de manera temprana para su atención oportuna y eficaz, responsabilidad que descansa principalmente en los sectores de educación y de salud. Así mismo cobra fundamental importancia poner atención a los diversos factores tanto de tipo emocional-individual, de género, familiar y social que impulsan a los(as) adolescentes a consumir actos que pongan en peligro su salud física y mental.

Si se considera que los(as) adolescentes acuden poco a los servicios de salud, es de esperar que este tipo de conductas no sean identificadas oportunamente, de detectarse, al menos se pudiera atender a aquellos(as) adolescentes con esos sentimientos tan marcados de incompreensión y rechazo por parte de los padres, y que han mostrado una asociación con el intento de suicidio tanto en hombres como en mujeres.

Las situaciones siguientes representaron condiciones de riesgo para el intento de suicidio:

- El sentirse solos(as) aún cuando estén con otras personas.
- Estar deprimidos(as) durante varios días a la semana.
- Tener un bajo control de impulsividad.
- Que los (las) adolescentes estén vivenciando un ambiente familiar autoritario/rígido, hostil/violento y malas relaciones con los hermano(as).

Aunque la frecuencia de riesgo al intento de suicidio en estudiantes fue mayor entre las mujeres, se observó que el perfil de las características del intento suicida fue similar en ambos sexos. Resulta interesante que aún cuando el género establece distinciones al identificar poblaciones en riesgo (más mujeres con intento suicida), las características evaluadas en el presente documento indica rasgos de vulnerabilidad similares en cuanto a edad, motivos, métodos y algunas variables específicas.

No obstante que los resultados ofrecen un panorama importante de la dimensión del riesgo al intento de suicidio tanto en hombres como en mujeres, faltaría elaborar un modelo en el que se incluyan todas las variables posibles asociadas a la problemática suicida, con lo cual se obtendría otra dimensión de los riesgos en conjunto. Sin embargo

la información generada en este estudio, se considera como una aportación que hace evidente la necesidad de instrumentar estrategias y acciones de prevención primaria, para evitar que se presente la conducta suicida; y de prevención secundaria, cuando el evento ha ocurrido sin desenlace mortal, para evitar que vuelva a ocurrir en los adolescentes de este contexto.

El visualizar este comportamiento suicida desde una perspectiva causal, permite resaltar la influencia de la dinámica familiar. Por lo tanto, hay que referir lo importante que es la concientización del entorno familiar emocionalmente significativo para los y las adolescentes, con el fin de evitar la incidencia de eventos suicidas, tanto los de primera vez como los recurrentes. La escuela debe asumir una responsabilidad específica a través del desarrollo de acciones que promuevan la salud emocional de los alumnos, que les permita contender con las adversas circunstancias del entorno psicosocial que se relacionan con la conducta suicida. Una colaboración estrecha de maestros(as) de las distintas materias escolares y la utilización óptima de la infraestructura física y de los recursos humanos disponibles, representan una alternativa de prevención al malestar emocional y de promoción de la salud integral de los alumnos, con la finalidad de alcanzar este propósito se requiere la participación e incorporación activa tanto de la familia y la escuela.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio son muy reveladores al mostrar que el intento de suicidio, está presente de manera incuestionable entre la población escolar de nivel medio superior duranguense. Es importante mencionar que este trabajo ha sido sólo una aproximación parcial, a la problemática del intento de suicidio en población adolescente, conducta en la que convergen variables biológicas, psicológicas, familiares y socioculturales, entre otras; y que determinan la complejidad de su entramado causal. Desde esta óptica se aprecia la necesidad e importancia de profundizar sobre el tema, dando pauta a nuevas rutas de investigación y análisis, requiriendo llevar a cabo estudios minuciosos, además de hacer seguimientos más exhaustivos sobre este tipo de conducta autodestructiva, acercarse a las familias por medio de las instituciones educativas y de salud, hacer uso de las herramientas con las que se cuenta en la actualidad para detectar a esta población en riesgo, y motivar a los psicólogos, pedagogos, investigadores sociales y epidemiólogos, formando así grupos interdisciplinarios para la atención de este problema de salud pública que cuenta con muchas vertientes de abordaje, de no llevar a cabo lo anterior, es de esperarse que los y las adolescentes culminen en un acto de riesgo mal calculado, no necesariamente buscado, en el último límite que es la muerte.

## Bibliografía

- Borges, G. Rosovsky, H. Caballero, M.A. y Gómez, C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Anales*, 5, 15-21.
- Caballero, G. MA., Ramos, L. L., González-Forteza, C. y Saltijeral, M. MT. (2002). Violencia Familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría. Época 2*, 18 (3), 131-139
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Corwell, y Seiditz, L. y Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to complete suicide: a review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 367-385.
- Corruble, E., Damy, C. y Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? . *Journal of Affective Disorders*, 53 (3), 211-215.
- Durkheim, E. (1974). El suicidio. Ciudad Universitaria, México, Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original (1897): Durkheim, E. *Le suicide. Etude de Sociologie*. XII- 462, paris, Alcan.
- Eisenberg, L. (1980). Adolescent suicide: on taking arms against a sea of trouble. *Pediatrics*, 7, 315-320.
- Emerich, J. A. (1988). El suicidio, la familia y la crisis. *Psicoterapia y familia*, 1(2), 2-17.
- Feinholz, K.D y Ávila, R. E., (2001) Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. *El Cotidiano* 107. UAM – Azcapotzalco. México, D.F. 13-20.
- Fawcett, J. (2001). Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 94-102.
- García, R. ME. y Tapia, D.A. (1990) Epidemiología del Suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1998. *Salud Mental*, 13(4), 29-34.
- González de Rivera, R. JL., Rodríguez, P. F. y Sierra, L. A. (1993) *El método epidemiológico en salud mental*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona España.
- González-Forteza, C., Berenzon, G.S. y Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental* . Núm. Esp. 145-153.
- González-Forteza, C., Berenzon, G. S., Tello, G. A. M, Facio, F. D. y Medina-Mora M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas a mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40(5), 430-437.

- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes Universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1-9.
- González - Forteza, C., Mariño, M C., Mondragón, L. y Medina - Mora, M E. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescente Mexicanos. *Psicología Conductual*, 8(1), 147- 152.
- González-Forteza, C., Ramos, L. - L., Mariño, H. M C., Pérez, C. E. (2002). Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiátr Psicol. Am lat.* 48(1-4), 74-84.
- González-Forteza, C., Salgado de Snyder V. N y Rodríguez, R. E. (1995). Estresores cotidianos y su relación con el malestar emocional en adolescentes mexicanos. *Psicopatología*, Madrid, 15(1), 8-11.
- González-Forteza, C., Villatoro, V. J., Alcántar, E. I., Medina-Mora, M., Fleiz, B. C., Bermúdez, L. P. y Amador, B. N. (2002). Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Gould, R. E. (1965). Suicide problems in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 19, 228-246.
- Granados, F. (1985). Aspectos vivenciales en el suicidio del niño o adolescente. *Jano*, 29, 1861-1868.
- Grossman, F.K. (1992) Risk an Resilience in Young Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 21(5), 529-550.
- Haro, E. JA. y Danman, C. A. (1994). La Adolescencia una actitud crítica. Las broncas de los chavos en Nogales. *Adolescencia y Salud en la Frontera Norte*. El Colegio de Sonora. 23-34.
- Herrera, S. PM. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 13(6). 591-5
- Hijar, M. Rascón, R.A., Blanco, J. y López, L. (1996). Los Suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*. 19(4), 14-21.
- Hoberman, H. M. y Garfinkel, B. D. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 689-695.

- Hunry, J. (2000) Deliberate self-harm in children and adolescents. *Inter Rev Psychiatry*, 12, 31-36.
- INEGI/SSA (2001). Mortalidad por suicidios. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en red. [http://www.ssa.gob.mx/s\\_archivos/2o\\_inf\\_labores.pdf](http://www.ssa.gob.mx/s_archivos/2o_inf_labores.pdf).
- Instituto de Investigación Científica. (1997). *La propuesta de investigación y el muestreo*. Durango, Dgo. Secretaría de Educación Cultura y Deporte Universidad Juárez del Estado de Durango, 61-95.
- Lejoyeux, M., Arbaretaz, M., McLoughlin, M. y Adés, J. (2002). Impulse control disorders and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(5), 310-314.
- Lewis, A. E. (1975). *La distribución de la  $\chi^2$* . En *Bioestadística*. Compañía Editorial Continental. S.A., México. D. F. 145-161.
- Méndez, R. I. Namihira, G. D. Moreno, A. L. Sosa de Martínez, C. (1996). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. Editorial. Trillas. Mexico, D.F.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. (1994). *Las condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica* . 549, Vol. II, México, OPS-OMS
- OPS/Kellogg. (1998). *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000*. OPS-OMS, Fundación W.K. Kellogg.
- Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Durango (1991). *De las zonas económicas catastrales para Victoria de Durango, Dgo.* No. 11. 83-88.
- Rotheram, B.M. (1993) Suicidal behavior and risk factors among runaway youths. *Am J Psychiatry* . 150, 103-107.
- Sales, C. V F y Orozco, M. J A (1994). *Cálculo del tamaño de la muestra*. Moreno, A. Cano, V y García, R. (Coords) en *Epidemiología clínica*. 2da. Ed. Interamericana. McGraw - Hill. Cap. 18. 261- 274.
- Sánchez , G. O. (2000). Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. *Acta Pediátrica de México*. 21(4), 115-8.
- Shaffer, D., Garland, A. y Gould, M. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 675-687.
- Snedecor, W. G. y Cochran, G. W. (1979). *Muestreo y Atributos*. en *Métodos Estadísticos*. Editorial Continental S. A , México. D.F. 16-52.

- Suárez, O. E. N y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. en Maddaleno M et al. (Ed.) (1995). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, D.C. *Publicación Científica No. 552*. 183-193.
- Terroba, G. Herman, C. Santigeral, M. y Martínez, P. (1996). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México*, 28(1), 48-55.
- Terrones, G. A., Salvador, M. J. Y Lechuga, Q. AM. (2000). Adolescentes sobrevivientes al intento de suicidio en el hospital general de Durango: Características psicosociales y adaptativas. *La Salud en Durango*. 1, 9-15.
- Villardón, G.L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la Adolescencia*. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Villatoro, V. J A . , Alcantar, E. M I., Medina M. M. E., Fleiz, B. C M., González, F. C., Amador, B. N G. y Bermúdez, L. P. (2003). El Intento Suicida y El Consumo de Drogas en Adolescentes. ¿Dos Problemas Entrelazados?. *Servicios de Salud Mental*. Editado por la Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, año 7, 2(1), 5-12.
- Villatoro, V. J.A., Andrade, P.P., Fleiz, B. C. (1997). La relación entre padres-hijos: Una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20(2), 21-27.

**Matices de género en la percepción del intento suicida de adolescentes  
estudiantes de la ciudad de México**

Catalina González-Forteza\*, Andrés Saldaña Hernández\*, Margarita Álvarez Ruiz\*,  
Daniela Arana Quezadas\*

\* Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales  
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Ana María Chávez Hernández\*\*

\*\* Facultad de Psicología de la Universidad de Guanajuato

Letza Bojórquez Chapela\*\*\*<sup>1</sup>

\*\*\* Estudiante de Doctorado en Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública.

**Resumen**

La diferencia entre géneros en cuanto a la problemática suicida, apunta a la necesidad de estrategias diferentes de prevención. Se analizó una serie de entrevistas en grupos focales con estudiantes de una escuela secundaria de la Ciudad de México. Se observó la persistencia de una concepción tradicional de lo que hombres y mujeres son y deben ser, ya que las labores domésticas se adjudican a las mujeres, mientras de los hombres se espera sean proveedores económicos de sus familias.

De esta suerte, los hombres optan por el suicidio cuando sienten que "no valen", en cambio para las mujeres el detonante se explica como una falta relacional. Las estrategias de prevención en los hombres, deberían basarse en un discurso que se enfrente a la necesidad de sobresalir, de tener éxito e impresionar, fortaleciendo la posibilidad de comunicar las emociones y pedir ayuda. Para las mujeres, la promoción de un estereotipo de género menos centrado en las relaciones de pareja y que fortalezca la capacidad de defender las opciones propias, aún frente a la falta de aprobación de otros, podría contribuir a protegerlas de las consecuencias devastadoras de los rompimientos o conflictos relacionales.

**Palabras clave:** suicidio, perspectiva de género, adolescentes, prevención.

<sup>1</sup> Enviar correspondencia a: Mtra. Letza Bojórquez Chapela

Dirección: Coordinación de Doctorado en Ciencias, Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,  
col. Sta. María Ahuacatlán, Cuernavaca, Morelos, C.P. 62508, e-mail: letza@prodigy.net.mx



## Introducción

Los seres humanos habitamos un mundo de significaciones (Geertz, 1996), y nuestros actos no pueden ser entendidos de manera separada de ellas (Williams, 2000). El significado que los sujetos atribuyen a sus acciones puede ser una ventana privilegiada hacia la comprensión de la menos una parte de la causalidad de las mismas. Es por ello que, en el estudio de la problemática suicida, el conocer la percepción que los sujetos en riesgo tienen de ésta puede proporcionarnos información valiosa para la comprensión del fenómeno, así como para su manejo y prevención.

En este capítulo analizamos los significados relacionados con la problemática suicida durante la adolescencia y su desarrollo. Para entender estos significados, utilizamos como punto de vista el abordaje de género, considerando que en la conjunción de construcción de género, considerando que en la conjunción de construcción de género y percepción del intento suicida por parte de los jóvenes pueden encontrarse nuevas claves acerca de esta problemática.

El capítulo inicia con una exposición acerca de la problemática suicida, en todas sus etapas, en la adolescencia, para luego presentar algunos resultados sobre frecuencia y factores de riesgo en adolescentes mexicanos. A continuación se propone una aproximación a esta problemática como fenómeno que va más allá de lo individual y se inserta en dinámicas sociales.

Posteriormente, esbozamos un marco teórico que relaciona la adolescencia y el fortalecimiento de la identidad de género en esa etapa con problemáticas de salud mental. Este marco teórico se ejemplifica mediante su aplicación al análisis de una serie de entrevistas con estudiantes de una escuela secundaria de la Ciudad de México. Mostramos cómo la construcción de género de estos jóvenes modula su percepción acerca del intento suicida, y sugerimos que esta percepción, aún si no se refleja en datos diferenciados por sexo en cuanto a las características observables del intento suicida, sí puede ayudarnos a entender los caminos por los que los adolescentes de ambos sexos llegan a esta problemática.

Por último, con base en este análisis, hacemos una propuesta para la prevención que toma en cuenta estos matices de género. Las recomendaciones son derivadas de los

resultados de investigaciones orientadas a la prevención del riesgo suicida y a la educación para la salud familia-escuela-adolescente que, a modo de subsistemas, se influyen y potencializan entre sí, tanto para el riesgo, como para la prevención de la problemática suicida en estos adolescentes. Involucramos la perspectiva de género a fin de no perder de vista las similitudes y diferencias que, por enero, nos caracterizan, de modo que las recomendaciones y propuestas puedan responder mejor tanto a las 'necesidades objetivas' como a las 'necesidades sentidas' por los adolescentes (Frenk, 1993), considerando los procesos sociales significativos en los cuales estén involucrados.

### **Problemática suicida en la adolescencia**

La problemática suicida es un proceso complejo y dinámico, y no un hecho aislado ni estático. Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner y Jans (1992) identifican en el proceso suicida varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Estas etapas pueden o no ser secuenciales, y el pasar por una o por varias de ellas no implica que se vaya a pasar por las demás. De cualquier manera, cada una de las etapas lleva en sí misma un monto considerable de riesgo para la salud, por lo que debe darse importancia a todas ellas.

Si el proceso suicida se acota a la adolescencia, es importante considerar las circunstancias particulares del desarrollo que hacen vulnerable a la persona en esta etapa de vida. Aunque la experiencia de la adolescencia puede variar de acuerdo con especificidades culturales, en nuestro contexto "... las crisis morales y religiosas, las variaciones anímicas frecuentes, las intelectualizaciones y fantasías diversas, la rebeldía, la transposición temporal y la agresividad contra el mundo de los adultos se suman a las preocupaciones de índole sexual que (impulsan al adolescente) hacia al heterosexualidad y y lo llevan a un definición sexual para la cual ni el adolescente ni la sociedad parecen estar bien preparados. Esto es lo que conforma la "anormalidad normal" del adolescente" (pág. 168: Cassoria y Knobel, 1985). Además, en esta etapa de vida se configura la imagen de una 'subcultura' particular, pues el joven maduro en su totalmente integrado en los estándares productivos de nuestra sociedad, debido a lo cual se mueve en espacios y territorios particulares (Urteaga Castro-Pozo, 1996).

### Intentos suicidas en estudiantes adolescentes mexicanos

En México no se cuenta con registros estadísticos oficiales, periódicos y sistemáticos en la población escolar respecto a la problemática suicida (que incluye los intentos suicidas); sin embargo, desde hace casi una década en el Instituto Nacional de Psiquiatría estamos llevando a cabo investigaciones para contar con aproximaciones metodológicas y sistemáticas que den cuenta de esta problemática, principalmente en la población escolar de secundaria y bachillerato. Los resultados de algunos estudios, que se reseñan a continuación (tabla 1), muestran que este problema está presente en una proporción importante de los estudiantes, y probablemente haya una tendencia al aumento en su frecuencia.

Como puede observarse, los estudios son cada vez más detallados, tratando de indagar no sólo en la prevalencia del fenómeno, sino también, todo aquello que lo rodea como los motivos, los métodos y los propósitos. Así también, observamos un marcado énfasis en realizar análisis en cada sexo como aspecto fundamental para identificar similitudes y diferencias entre los hombres y las mujeres estudiantes. Cabe destacar, que si bien ha sido consistente el hecho de que son más las mujeres que los hombres que reportan haber presentado algún intento suicida, llevando a cabo lesiones autoinfligidas deliberadamente alguna vez en su vida, también ha sido constante que las características de las LAD como edad de la primera/única, última vez, los motivos, métodos y propósitos nos muestran que el perfil es similar en los hombres y en las mujeres. Esto es de particular importancia, porque pone de manifiesto que si bien existen diferencias en las prevalencias de estas conductas, lo cual coincide con la literatura internacional, también evidencia que hay rasgos compartidos entre los varones y las mujeres que por una u otra circunstancia optan por esta conducta que puede poner en riesgo sus vidas, por conllevar componentes autodestructivos en mayor o menor medida.

Tabla 1 Resultados de investigación en torno al intento suicida, en población escolar adolescente

Variables	Autores	Año	Muestra	Resultados globales	Resultados: hombres y mujeres
Ideación suicida en estudiantes de Secundaria y Bachillerato en la ciudad de México	López Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Canefo Berenzon y Rojas	1995	Representativa N=3459 51% hombres 49% mujeres	Prevalencia de ideación suicida en la semana previa al estudio: 47% con al menos un sintoma de ideación suicida 17% pensó en quitarse la vida 10% presentó todos los indicadores de ideación suicida	Prevalencia de ideación suicida por sexo: 47.9% en hombres y 62.1% en mujeres. La presencia de al menos un sintoma de ideación suicida fue ligeramente mayor en mujeres.
Intento suicida en estudiantes de Secundaria y Bachillerato	González-Forteza, C.	1996	Por cuota N° 816	Prevalencia de intento suicida: 20% edad promedio en estudiantes de secundaria: 11.5 años en estudiantes de bachillerato: 14.6 años	La proporción de intento suicida en las mujeres fue mayor en secundaria y en bachillerato.
Intento suicida en estudiantes de Secundaria y Bachillerato en la Ciudad de México: medición 1997	González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador	1997	Representativa N=1848 848 hombres 1000 mujeres	Prevalencia de intento suicida: 8.3% delegaciones con prevalencias más altas: Cuauhtémoc (11.3%) y Tlalpan (10.1%) Motivos principales: Problemas familiares, Método principales:	Secundaria: prevalencia de intento suicida por sexo: 3.6% en hombres y 11.3% en mujeres. 1.1% de hombres y 2.4% de mujeres requirieron hospitalización. Bachillerato: prevalencia de intento suicida por sexo: 4.7% en hombres y 2.7% en mujeres. 1.5% de hombres y 2.5% de mujeres requirieron hospitalización.
Intento suicida en estudiantes de secundaria y bachillerato en la ciudad de Pachuca, Hidalgo	González-Forteza, Marifo, Rojas, Mondragón y Medina-Mora	1998	Representativa N° 1848 848 hombres 1000 mujeres	10.1% reportó lesiones auto-infligidas alguna vez en la vida. Edad promedio de 13 años en ambos sexos	Intento suicida: 13.55 en mujeres y 8.3% en hombres. Presencia de ideación: 53% en hombres y 41% en mujeres. Presencia de malestar depresivo: 40% hombres y 24% en mujeres.
Intento suicida en estudiantes de secundaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México	González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramirez	2001	Representativa población total dos escuelas N° 936 505 hombres 428 mujeres	Presencia de malestar depresivo e ideación suicida: 11.9% en hombres y 8.10% en mujeres. Edad promedio de la última / única vez: 12 años en mujeres y 11.1 años en hombres	11.4% en mujeres y 3.5% de hombres reportó intento suicida. Métodos: En mujeres: medicamentos (42%), y objetos punzocortantes (38.8%), y en hombres: objetos punzocortantes (55.6%) y medicamentos (11.1%)

Intento suicida en estudiantes de secundaria y bachillerato en la ciudad de México: medición 2000	González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador	2000	Representativa N= 1009	Prevalencia de intento suicida global: 9.5%. Delegaciones con las prevalencias más altas: Benito Juárez (12.3%) y Venustiano Carranza (12.1%). Motivos principales: problemas familiares e incompreensión. Métodos principales: objetos punzocortantes y pastillas.	Secundaria: prevalencia de intento suicida por sexo: 3.5% en hombres y 13.8% en mujeres. Deseo de morir: 27.4% en hombres y 37.8% en mujeres. Bachillerato: prevalencia de intento suicida por sexo: 4.1% en hombres y 17% en mujeres. Deseo de morir: 32.5% en hombres y 34.2% en mujeres.
Intento suicida en estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México: medición 2003 (Resultados preliminares)	González-Forteza, Villatoro, Medina-Mora, et al.	2003	Representativa N= 12, 180	Secundaria: deseo de morir le importaba si vivía o moría: 80%. Bachillerato: deseo de morir le importaba si vivía o moría: 89.1% en hombres y 77% en mujeres. Motivos principales: Problemas familiares y soledad. métodos principales: objetos punzocortantes y pastillas.	Secundaria: prevalencia de intento suicida por sexo: 5.4% en hombres y 16% en mujeres. Bachillerato: prevalencia de intento suicida por sexo: 6.9% en hombres y 17.3% en mujeres.

### Problemática suicida: más allá de lo individual

Definir la problemática suicida es un reto constante. La conducta francamente suicida es sólo la parte más visible de una serie de posibles manifestaciones y condiciones subyacentes. Emile Durkheim, en 1897 (en Durkheim, 1974), amplió la perspectiva individualista de la tradición médica, al afirmar que además de los factores individuales, en el acto consciente del suicidio se entrelazaban múltiples condiciones que favorecían la desintegración social y contribuían a explicar las tasas de suicidios en distintas culturas y épocas históricas.

Esta perspectiva socioepidemiológica ha sido retomada por Diekstra et al. (1990, 1993) quienes analizaron las características sociales del período 1961-1963 en dieciocho países europeos que registraron sus tasas de suicidio en el período 1972-1974 en la Organización Mundial de la Salud y encontraron que los factores sociales significativos asociados con los suicidios fueron: el aumento en la tasa de divorcios, la disminución de

la proporción de la población menor a 15 años, el aumento del desempleo y la alta tasa de homicidios.

Con la misma metodología Diekstra y colaboradores (1988, citado en Diekstra, 1990) analizaron la misma base de datos para identificar, en los jóvenes de 15 a 29 años de edad, los cambios en las tasas de suicidio comparando los periodos de 1960-61 y 1984-85, y determinar las características sociales que influyeron en éstas. Las características sociales significativas fueron similares al estudio anterior: el aumento en las tasas de desempleo, de divorcios, de homicidios y aumento en la población de 15 años; y emergieron tres nuevos indicadores de riesgo: el aumento en el consumo de alcohol, el cambio en la afiliación religiosa y el aumento de mujeres que trabajan fuera de casa. Ante estos resultados, Diekstra (1990) argumentó que la tasa de divorcio se constituye en factor de riesgo, no por sí mismo, sino porque la infraestructura social no provee los elementos de soporte para facilitar la transición y el establecimiento de una nueva reorganización familiar.

Tanto la inserción laboral de la mujer como la tasa de divorcios son elementos que inciden en la estructura familiar. En México, ambos indicadores están en constante aumento (INMUJERES, 2002 y 2003), lo cual se traduce en modificaciones en la estructura familiar, aquella en la que se establecen los lazos y las relaciones emocionalmente más primarias y significativas para el desarrollo de los seres humanos (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo 1997).

Sin embargo, por lo que se refiere a la inserción de la mujer en el ámbito laboral, Diekstra (1993) señala que no se trata de que esta condición sea un problema por sí misma -y la solución no sería bloquear esta tendencia ocupacional, de desarrollo personal y de provisión de ingresos económicos en las mujeres-; sino de la necesidad de nuevos arreglos sociales que permitan roles de género más flexibles, rompiendo con los estereotipos rígidos para propiciar que 'lo femenino' incursione en la llamada esfera pública, y 'lo masculino' se involucre más en la esfera doméstica<sup>2</sup> de una manera corresponsable y propiciatoria del bienestar armónico de las necesidades de los hombres y de las mujeres. Esto es, si las mujeres son cada vez más capaces de proveer a su familia un sostén económico- muchas veces el principal, como jefas de familia-, entonces se requiere que el varón tome participación en este replanteamiento de roles y participe

más activamente también como sostén emocional. Si la mujer puede 'proveer' económicamente, el hombre puede también 'nutrir' con afectos a la familia (González-Forteza, Jiménez, Pérez, Ramos, Caballero y Saltijeral, 1999).

Como ejemplo para apoyar una propuesta flexible en el desempeño de roles de género dentro de la denominada cultura parental<sup>3</sup>, una investigación en la Ciudad de México con adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato encontró que los mejores protectores de malestar depresivo para ambos sexos fueron: percibir a su padre (o figura paterna) afectuoso y justo, que les demostraba amor y respeto; respecto a su madre (o figura materna), el percibiría interesada en conocer a sus amigos(as), poner límites en los encuentros sociales; interesada en conocer con quién van y a dónde, además de acordar a hora de regreso a casa (González-Forteza et al, 1999). Otro estudio en estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México ratificó estos hallazgos reiterando la importancia del afecto de la madre (o figura materna) como protector también de la ideación suicida, incluso con particular énfasis para los varones (González-Forteza et al, 2003).

Esta flexibilidad en los roles de género, respecto a la función parental, es una oposición a los estereotipos tradicionales de familia que limitan al padre a la esfera del poder y el control, y a la madre a la esfera de los afectos. Y es un reto actual y apremiante el configurar roles flexibles e integradores entre 'lo masculino' y 'lo femenino', ya que ambas condiciones – instrumental y emocional-, nutren la relación con hijas e hijos, y en donde la familia se establece como factor bidireccional en la que cada miembro aporta elementos para su construcción y recibe los beneficios de su consolidación.

### **Construcción social de género y problemática suicida**

Como vemos, la problemática suicida es una de las posibles manifestaciones de conflictos subyacentes, cuyas especificidades se relacionan con el contexto del sujeto. Puede entonces considerarse como un síndrome con manifestaciones similares, en donde su aparición responde a diversas causas. Por otro lado, el término engloba a conductas que no son tampoco idénticas entre sí. La adopción de una u otra de las distintas conductas observables que componen el campo de la problemática suicida, dependerá asimismo de las circunstancias que rodean al individuo.

En el periodo de la adolescencia, (el aumento en la intensidad) la intensificación de la identificación de género, y las normas, estereotipos y expectativas diferenciadas entre mujeres y hombres, forman parte importante de ese contexto, y como tales influyen en la determinación de la presencia y los modos específicos que adopta la problemática suicida en este grupo de edad. En esta sección comenzaremos proponiendo un marco conceptual con el cual entender la relación entre el género y la problemática suicida en la etapa adolescente, para luego ejemplificarlo con información obtenida en un trabajo con estudiantes de secundaria en el centro histórico de la Ciudad de México.

La adolescencia no es, de ningún modo, un fenómeno natural o universal. Aunque la mayor parte de las sociedades reconocen un periodo de transición entre la infancia y la adultez, éste puede ser tan breve como un rito de paso, o tan extenso como en las sociedades industrializadas modernas, donde se alarga hasta la tercera o incluso cuarta década de la vida gracias al concepto de 'juventud' como grupo poblacional (Miles, 2000). Sin embargo, la adolescencia, tal como es construida en las sociedades modernas, tiene una serie de características que revisamos a continuación.

El adolescente se construye, y esta construcción se da a través de las relaciones con otros. Los procesos de identificación, entendiendo identidad como la percepción de sí mismo como miembro de un grupo (Castañeda, 1995), tienen en la adolescencia una importancia especial. Los adolescentes tienden, por lo tanto, a intensificar las prácticas que fortalecen la adscripción identitaria. Las maneras de utilizar el ocio, la música, el modo de vestir, son todos elementos que en esta etapa cobran una gran importancia para el sujeto, precisamente en tanto le permiten fortalecer su identidad grupal y, por consecuencia, su identidad individual.

El peso de las tareas del desarrollo en la adolescencia hace de esta una etapa de oportunidades, pero al mismo tiempo de riesgos. La adolescencia puede verse como un evento estresante, esto es, una situación que exige cambios adaptativos en la conducta y la manera de entender el mundo. Los efectos negativos del estrés sobre la salud mental han sido ampliamente documentados (Thoits, 1995). En cuanto a la población que nos ocupa, se ha observado el incremento en la incidencia de problemas psicológicos en los niños a partir de los 12 ó 13 años (Martin, 1996), y picos de incidencia de algunos padecimientos, como los trastornos de la conducta alimentaria (Van Hoeken, Lucas y



Hoek, 1998), la conducta antisocial (Rosenfield, 2000), y el intento suicida (González Forteza et al, 2002).

Por otra parte, estas patologías pueden entenderse, no sólo como resultado de un evento estresante, sino como parte, precisamente, de las prácticas de fortalecimiento de la identidad que tan importantes son en esta etapa. La integración del individuo al grupo requiere de la aceptación, y puesta en acto, de normas culturales. Algunas de estas normas, sin embargo, pueden traer consigo resultados negativos. Un ejemplo de esto es el análisis de la integración y comportamiento en grupos de pandillas, en el que la búsqueda de adscripción grupal conduce al sujeto a situaciones de ilegalidad.

Nos acercamos así al tema del papel del género como determinante en la salud mental. El género, aquello que la sociedad construye a partir del dato biológico de la diferencia genital, es asignado en el momento de su nacimiento (Lamas, 1996). Sin embargo, esta asignación debe ser reforzada mediante una constante demostración, por parte del sujeto, de su identidad como miembro de alguno de los géneros socialmente aceptados (Kessler y McKenna, 1978). El ser mujer u hombre se mantiene gracias a la puesta en práctica de conductas femeninas o masculinas, y cuáles sean estas conductas dependerá de lo que la sociedad norme como propio de cada uno de los géneros. Estas normas pueden incluir conductas cuyas consecuencias sean dañinas para la salud (Courtenay, 2000).

Hay que recalcar, sin embargo, que este daño es una especie de efecto colateral, que puede no ser importante a los ojos del sujeto, para quien el efecto de demostración de género reviste un valor mayor.

De entre los campos en que se mueve la formación y el reforzamiento de la identidad en la adolescencia, el género es uno de los principales. La Encuesta Nacional de Juventud, realizada en México en el año 2000, preguntaba a los jóvenes con qué se identificaban, ofreciendo una serie de opciones entre las que se encontraban "joven", "hombre (o mujer)", "mexicano(a)", "hijo(a)", y otras. La mayoría de los adolescentes de entre 15 y 19 años eligieron la opción "joven". La siguiente opción más elegida (por el 12.4% de los encuestados), fue la identificación como hombre o mujer, que quedó muy por encima de las de "estudiante" (9.4%) o "mexicano(a)" (3.8%) en las preferencias de estos adolescentes (Regulillo, 2002).

La necesidad de los adolescentes de reforzar su identidad de género podría favorecer la aparición de manifestaciones conductuales dafinas para la salud, pero entendibles en un contexto cultural en el que éstas se asocian a la normalidad del género. Courtenay (2000), por ejemplo, muestra cómo el beber en exceso y conducir de manera peligrosa son parte de la demostración de género masculino. Prácticas alimentarias como las dietas excesivas o el uso de pastillas o laxantes para adelgazar, son por su parte ejemplos de demostraciones de género femenino que tienen resultados dafinos para la salud (Bojorquez, 2004).

Otra manera en que la construcción de género moldea las manifestaciones conductuales y psicológicas es al determinar diferentes maneras de enfermar, y la adopción de diferentes síntomas (Rosenfield, 2000). Ante un conflicto psicológico, el sujeto debe negociar su aceptación como enfermo mediante la adopción de síntomas que sean culturalmente reconocibles y aceptables (Littlewood y Lipsedge, 1987; Swartz, 1987). La construcción social acerca de lo que es esperado de cada género define los síntomas que son posibles para hombres y mujeres. Esta idea, si bien no es totalmente aceptada en el ámbito de la salud mental, y aunque debe ser matizada diciendo que explica sólo parte de, y no toda, la variabilidad en los trastornos de salud mental, se refuerza al observar que las prevalencias de ciertos trastornos son claramente diferentes de acuerdo al género (WHO, 2001). Así, entre los hombres son más comunes las manifestaciones externalizantes (conducta antisocial, adicciones), mientras que entre las mujeres lo son las internalizantes (trastornos del estado de ánimo) (Rosenfield, 2000).

Con investigaciones de tipo cualitativo realizadas en Instituto Nacional de Psiquiatría y usando la técnica de grupos focales nos hemos podido aproximar a la concepción que las personas tienen respecto a diferentes aspectos de la vida. González-Forteza y Ramos Lira (1999-2002)<sup>4</sup> llevaron a cabo un estudio con el propósito de conocer la construcción cultural que del intento suicida tienen los estudiantes de secundaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

Los ejes de análisis en cuanto al intento suicida propuestos en la Guía de Entrevista para los seis grupos focales fueron: sus Definiciones, Métodos, Motivos y propósitos, Consecuencias, Reacciones y Búsquedas de apoyo. La exploración de la construcción de

género se llevó a cabo mediante una serie de preguntas acerca de cómo son los hombres, cómo son las mujeres, y qué ventajas y desventajas tiene el pertenecer a uno y otro sexo.

Lo primero que llamó la atención de las investigadoras, fue la persistencia de una concepción tradicional de lo que hombres y mujeres son y deben ser. Los adolescentes entrevistados sostienen una marcada diferenciación entre las conductas y maneras de ser adjudicadas a los sexos. Como ejemplo, las labores domésticas se adjudican a las mujeres, y no existe mención de la posibilidad de que los hombres participen en ellas. De los hombres, en cambio, se espera que sean los proveedores económicos de sus futuras familias. Asimismo, se acepta la doble moral, según la cual las mujeres deben ser castas y fieles, mientras que en los hombres no es mal vista la conducta sexual promiscua.

Como parte de esta construcción tradicional de la feminidad y la masculinidad, los participantes adjudican a las mujeres la capacidad de soporte emocional. Así, tanto los hombres como las mujeres ven la amistad con ellas como una mejor fuente de apoyo.

"... nosotras nos podemos contar todo y si somos grandes amigas, confiamos todo, platicar sobre lo que nos gusta y lo que no nos gusta, por qué nos conocimos, por qué nos caen bien, ellos simplemente a veces nada más se juntan para hacer relajo" (mujer)

En cambio, las relaciones entre hombres se dan en un marco de competencia y necesidad de sobre salir

"Lo que pasa es que no les gusta mostrar lo que sienten por lo mismo de la burla

- Son muy burlescos
- Entre ellos
- O sea, entre ellos todos quieren ser lo mejor para que los demás niños no se burlen de él" (hombres)

Asimismo, en un sentido positivo, las mujeres pueden expresar sus emociones, una capacidad de la que los hombres carecen, y que se traduce en la necesidad de ellos de externalizarlos.

La otra cara de la moneda, sin embargo, es la connotación negativa que se le continúa atribuyendo a la emocionalidad femenina, mostrándola como una desventaja que coloca a las mujeres en riesgo de abuso.

- "Sí, ajá, las mujeres se fijan más en lo que es sentimental que en lo físico". (mujer)
- "Elas piensan 'ay no yo quiero andar con él' y el resto no...."
- Como las de mi salón
- ... y el hombre no, pues es que ella esta bien bonita y....
- Bien buena
- ... bien buena, si la aguanta" (hombres)

De los varones, en cambio, se espera una actitud despreocupada, incluso retadora. La conducta transgresora es valorada entre ellos, lo cual podría ser parte de la explicación de la mayor prevalencia entre ellos de la conducta antisocial o el uso de sustancias ilegales.

~(Entrevistadora) ¿... que características deberían de tener?

- Este, ser respetuosos
- Cabrones
- Cabrones
- (entrevistadora) ¿Qué otras características creen que deberían de tener?
- Chidos con las mujeres
- Respetar
- Respetarlas, también que aprendan a respetar ellas
- También sabemos defendemos. (hombres)

De este modo, observamos en las construcción de género de estos adolescentes los elementos que pueden traducirse en una diferente adopción de síntomas conductuales y emocionales.

En cuanto a la problemática suicida, predominaron discursos que hicieron alusión a que no siempre es querer morirse como fin último; sino que conceptualizaron al intento suicida a modo de salida, como escape ante situaciones percibidas como intolerables.

Cabe hacer mención que aunque sutil, hay una diferencia muy importante en los discursos de los adolescentes para definir al intento de suicidio, pues no es lo mismo querer morir y ya no querer vivir.

En general, de acuerdo con ellos, el intento suicida sería resultado de una sensación de que la vida es demasiado dura.

Una chica nos dice: "es cuando te encuentras desesperada y no quieres seguir sufriendo o viviendo en esta vida" (adolescente-mujer).

Esta dureza, sin embargo, se entiende en términos diferentes entre los dos sexos. Los hombres optan por el suicidio cuando sienten que "no valen": "No eres nada en la vida, luego piensan que no es nada en la vida, ¿no?, que pues no sirve" (hombre)

Esta importancia del "ser alguien" se relaciona con la construcción de la masculinidad en la lucha por sobresalir, en la que el éxito del hombre se relaciona con la impresión de superioridad que logre causar en los demás.

Para las mujeres, en cambio, el detonante se explica como una falla en lo relacional. Los conflictos con el novio, amigas o familia, la "falta de comunicación". De manera coincidente con la construcción de la mujer como esencialmente relacional, estas adolescentes consideran una falla el no conseguir mantener en buenos términos esas relaciones.

Los métodos que los entrevistados suponen que hombres y mujeres emplean en el suicidio o intento suicida son también diferentes, lo que explican en relación con las diferencias de carácter de los sexos. El suicidio, dicen, es un acto que requiere valor, "pantalones", lo cual lo coloca en el terreno de la masculinidad. Sin embargo, los hombres son "más miedosos" que las mujeres frente al dolor, una construcción que podemos relacionar con el culto a la maternidad y a la mujer como aquella que sufre para dar vida o para proteger a los suyos (Montero 2002). Esto explica, de acuerdo con los entrevistados,

que ellos elijan los métodos "más rápidos", como las armas de fuego, mientras que las mujeres hacen uso de métodos "lentos", como la intoxicación con pastillas o el cortarse las venas.

Algunas de las entrevistadas, además, explican la diferencia diciendo que las mujeres al ser "más dramáticas", tienden a escoger maneras de quitarse la vida que generen una mayor impresión en los demás.

A manera de resumen, entonces, estos adolescentes sostienen estereotipos de género de corte tradicional, según los cuales adjudican a las mujeres una mayor labilidad emocional. Es nuestro argumento, sin embargo, que este riesgo emocional debe ser entendido, no como consecuencia inevitable de la naturaleza de las mujeres, sino como resultado de una construcción de género que indica que esto es "lo adecuado" para ellas. La expectativa de la emocionalidad generaría, entonces, una demostración de género en la que la mujer, por norma, debe reaccionar de ese modo y expresarlo ante sí misma y ante los demás (Salgado 1996). Sería esta demostración, a su vez, la que en el terreno epidemiológico se refleja en la mayor prevalencia de la depresión y otros trastornos del estado de ánimo en el sexo femenino. Por su parte, los hombres serían participantes de una demostración de género que los inclinaría a otros riesgos, como el abuso de sustancias o la conducta antisocial.

Si bien un estudio epidemiológico en población estudiantil de la Ciudad de México mostró que prácticamente no existen diferencias entre ellos en cuanto a los métodos elegidos ni a su letalidad (González-Forteza et al, 2002), la imagen que los entrevistados tienen es de una diferencia en cuanto a los sexos. Definen esta, sobre todo, en cuanto a los significados que el intento suicida tiene para hombres y mujeres. Para ellos, es el resultado de una sensación de no ser nadie, de no lograr cumplir con su papel de género de impresionar a los demás y sobresalir. Si uno no es nadie, no le gusta la vida, y acude a un método rápido para terminarla. Entre las mujeres es más explícito el objetivo instrumental de llamar la atención de los demás. Esto podría explicar la diferencia observada en la prevalencia del intento suicida entre hombres y mujeres (González-Forteza et al, 2002): tanto los hombres como las mujeres creen que el intento de suicidio en las mujeres es un acto de comunicación, mientras que creen que en los hombres el acto comunicativo no es explícito, o bien no existe.

## Recomendaciones para la prevención del riesgo suicida y educación para la salud mental de los adolescentes

Como es sabido, el campo de la prevención en la salud mental de los adolescentes es muy amplio y complejo. La prevención puede dirigirse, por supuesto, a diferentes niveles. A un nivel primario, cuando las problemáticas no han acontecido y para evitar que sucedan; y a nivel secundario, cuando existen factores de riesgo e indicios de las problemáticas y antes de que las condiciones empeoren y las consecuencias sean fatales.

En el campo de la prevención, la educación y la detección oportuna son componentes clave, y en la población escolar, la escuela se configura en una de las principales instituciones para promover el desarrollo psicosocial de los adolescentes. El personal escolar y docente pueden fungir como detectores y canalizadores a los servicios de atención, potencializando su capacidad como promotores de salud; y también cabe considerar la pertinencia y eficacia de incorporar equipos interdisciplinarios de salud mental para atender las necesidades de los escolares. Actualmente, las escuelas secundarias oficiales no cuentan con este servicio, por lo que consideramos necesario que se incorpore en la organización escolar este tipo de servicio con equipos interdisciplinarios autónomos de las autoridades escolares, en colaboración entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud.

La diferencia entre géneros en cuanto a la problemática suicida, apunta a la necesidad de estrategias diferentes de prevención. En los hombres, éstas deberían basarse en un discurso que se enfrente a la necesidad de sobresalir, de tener éxito y de impresionar, fortaleciendo en cambio la posibilidad de comunicar las emociones y pedir ayuda. Para las mujeres, la promoción de un estereotipo de género menos centrado en las relaciones de pareja y que fortaleciera la capacidad de defender las opciones propias, aún frente a la falta de aprobación de otros, lo que podría contribuir a protegerlas de las consecuencias devastadoras de los rompimientos o conflictos relacionales.

## Referencias

- Bojorquez I. (2004) Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes mexicanas. Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Bush DM, Simmons RG. (1987). Gender and coping with the entry into early adolescence. En: Barnett RC, Barnett RC, Biener L, Baruch G. (Eds). *Gender Stress*. The Free Press, Nueva York, 185-217.
- Cassoria RMS, Knobel M. (1985). La depresión y el suicidio en la adolescencia. En: OPS-OMS. *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Publicación Científica 489, 168-180.
- Castañeda M.P. (1995). Construyéndonos: identidad y subjetividad femenina. En Riquer, F. (comp.) *Bosquejos: identidades femeninas*. Universidad Iberoamericana, México. Pp. 11-38.
- Courtenay, W.H. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50:1385-1401.
- De Barbieri T. (1990). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. Conferencia realizada en el marco del Taller sobre Derechos Reproductivos organizado por PRODIR, Sao Paulo, 3-7 de diciembre de 1990.
- De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo AJ. (1997). Ambiente, sociedad y salud mental. En: *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica: México, 41-72.
- Diekstra R. (1990) Suicide and parasuicide: social correlates of recent trends. Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division), *Psychiatry: A world perspective*, Vol. 1, 853-859.
- Diekstra R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* (suppl.), 371:9-20.
- Durkheim E. (1974). *El Suicidio*. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México. De la versión original: Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. *Etude de sociologie*. XII-462. Alcan, Paris.
- Frank J. (1993). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica: México. 164 pp. Geertz, C. (1996). *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.
- González- Forteza C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. UNAM, México.



- González-Forteza C, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, Medina-Mora ME. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. Y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
- González-Forteza C, Jiménez Tapia A, Pérez Campuzano E, Ramos Lira L, Caballero Gutiérrez MA, Saltijeral Méndez MT. (1999). Padres afectivos: apoyo para la autoestima de sus hijos adolescentes. *Psicología Conductual*, 7 (3), 501-507.
- González - Forteza C, Ramos Lira L, Vignau Brambila LE, Ramírez Villarreal C. (2001). Abuso sexual e intento suicida: Asociación con el malestar depresivo y la ideación suicida actuales en adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6): 16-25
- González - Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. (2002). Prevalencia de intento suicida en adolescentes estudiantes en la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*, 25(6): 1-12.
- González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA, Wagner F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González - Forteza C, Chávez-Hernández AM, Álvarez-Ruiz M, Saldaña-Hernández A, Carreño-García S, Pérez-Hernández R. (2004). Prevalence of deliberate self-harm in adolescents students in Guanajuato State, México: Measurement: 2003. Aceptado en: *Social Behavior and Personality*: [stewart@sbp-journal.com](mailto:stewart@sbp-journal.com), <http://www.sbp-journal.com>
- Kessler, S.J. y McKenna, W. (1978). *Gender: An Ethnomethodological Approach*. John Wiley and Sons, Nueva York.
- Lamas, M. (comp.) (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Porrúa/UNAMPUEG, México.
- Las mexicanas y el trabajo. (2002) Recuperado el 25 de Febrero del 2004, de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100191.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100191.pdf)
- Las mexicanas y el trabajo II. (2003) Recuperado el 15 de enero del 2005, de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100500.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100500.pdf)
- Littlewood, R. Y Lipsedge, M. (1987). The Butterfly and the Serpent: Culture, Psychopathology and Biomedicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11:289-335.
- López EK, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, Rojas E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18(4), 25-32.

- Martin, K.A. (1996) *Puberty, Sexuality, and the Self: Girls and Boys at Adolescence*. Routledge, Nueva York.
- Miles, S. (2000). *Youth lifestyles in a changing world*. Open University Press, Buckingham.
- Montero, S. (2002). La construcción simbólica de las identidades sociales: un análisis a través de la literatura mexicana del siglo XIX. PUEG/UNAM/Plaza y Valdés.
- Regulio, R. (2002). Jóvenes y esfera pública. En Instituto Mexicano de la Juventud. Jóvenes mexicanos del siglo XXI. Encuesta Nacional de Juventud 2000. Instituto Mexicano de la Juventud, México. Pp. 254-313.
- Rich AR, Kirkpatrick-Smith J, Bonner RL, Jans F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(3), 364-373.
- Rosenfield, S. (2000). Gender and dimensions of the self. Implications for internalizing and externalizing behavior. En E. Frank (ed), *Gender and its effects on psychopathology*. American Psychopathological Association, Washington.
- Saigado, N. (1996). Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental*, 19 (supl): 53-59
- Swartz, L. (1987). *Illness Negotiation: the Case of eating Disorders*. *Social Science and Medicine*, 24 (7): 613-618
- Thoits, P.A. (1995). Stress, Coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, no. extra: 53-79
- Urteaga Castro-Pozo M. (1996). Flores de asfalto. *Revista JOVENES*, Cuarta Época, Año 1, Núm. 2, 50-65
- Van Hoeken, D., Lucas, A.R. y Hoek, H.w. (1998) *Epidemiology*, en H.W. Hoek, J.L. Treasure y M.A. Katzman (eds).
- Neurobiology in the treatment of eating disorders*, John Wiley and Sons, Sussex
- Vilatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, González-Forteza C, Amador N, Bermúdez P. (2003) El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿Los problemas entrelazados? *Revista SESAM*, 2(1):5-12
- Williams, M. (2000) *Science and social science. An introduction*. Routledge, Londres
- World Health Organization (WHO) (2001). *Mental Health: New Understanding*. New Hope. World Health Organization, Ginebra.

## Intención al suicidio: un pensamiento obsesivo en adolescentes

Alberto Terrones González & Sergio Estrada Martínez

Instituto de Investigación Científica, Universidad Juárez del Estado de Durango Alma

Gabriela Martínez Moreno, becaria al Proyecto SIVILLA/SEP/CONACyT

*"Sólo necesito que alguien me escuche;  
sólo necesito a alguien que me pregunte  
cómo me siento"*

Iván, 15 años: en su proceso psicoterapéutico

### Resumen

Se analizan los factores de riesgo asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes de educación media superior en la zona urbana del Municipio de Durango, estimando la prevalencia de intento de suicidio en la población adolescente estudiantil de 15 a 19 años. Se identifican las características demográficas y psicosociales de esta población y se comparan la dinámica y estructura familiar, así como los factores de riesgo asociados al intento de suicidio. Es un estudio comparativo, observacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 549 adolescentes de educación media superior (bachillerato). El Instrumento de Riesgo Suicida en Adolescentes Durango (IDA-DGO) consta de 170 reactivos, en formato auto-aplicable. La mediana de edad a la que intentaron suicidarse por única o última vez para ambos grupos fue a los 14.5 años. Hubo una prevalencia del 17% al intento de suicidio en la población adolescente. El 30% de la población sobreviviente a uno o más intentos de suicidio reportó acudir al servicio hospitalario, recibir atención médica, psicológica privada. Sin embargo el 70% refirió no haber utilizado ninguna alternativa de atención, después de la única o última vez que se hizo daño con el fin de quitarse la vida. El 55% refirió como principal razón que les impulsaron a intentar quitarse la vida fueron el que se sentían estresados, con desesperanza y/o habían experimentado alguna pérdida.

**Palabras clave:** adolescentes, ideación suicida, intento suicida, factores de riesgo.

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, y constante, de la conducta suicida en la población adolescente. México no ha sido la excepción y, si bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana y el resto del mundo, el problema amerita ser considerado (Organización Panamericana de la Salud, 1994), precisamente por su naturaleza incipiente. De esta manera, resultan importantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y dentro de su prevención respecto a este fenómeno, que ya se va configurando como un problema de salud pública (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996).

Es indudable que en los últimos años se ha detectado en mayor número la presencia de estados depresivos, ideación suicida y de ansiedad en los niños y los adolescentes y, secundariamente, se ha reflejado en las conductas suicidas en estos grupos de edad. En México, algunos estudios revelan un incremento significativo de suicidios en las últimas dos décadas, estableciéndose que algunos autores han reconocido al fenómeno del suicidio como una "pandemia" mundial, ya que se estiman 1200 suicidios cada 24 horas en el mundo (Bardet, 1997). Durante la celebración del Día Mundial de la Salud en el año de 2001 el Secretario de Salud Dr. Julio Frenk Mora destacó que en México existen 15 millones de personas con algún tipo de trastorno mental, de las cuales 4 millones sufren de depresión. Dijo que en 20 años la depresión será la principal causa de discapacidad; actualmente ocupa el cuarto lugar y su expresión más dramática, el suicidio, está incrementando su frecuencia, especialmente en los adolescentes (Cruz y Garduño, 2001).

La infancia y la adolescencia son etapas que por lo general no se asocian con la idea de muerte, sino que evocan conceptos de vitalidad, despreocupación y ansias de ver hacia el futuro, por lo que la conducta hacia el suicidio parece presentar en estos periodos de evolución un rostro particularmente dramático. Quizá por ello, la aparición de suicidios en niños y adolescentes son objeto de especial atención por los medios de comunicación, lo cual ha producido un enorme impacto dentro de la opinión pública que tiende a buscar un culpable en la escuela, la familia o la sociedad.

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o

enmascarar el suceso. Por otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. Un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados, siendo que el intento al suicidio es uno de los mejores predictores para consumir el suicidio (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996).

Es un hecho que el suicidio ha venido a formar una parte importante entre las causas de mortalidad a nivel mundial. Nuestro país y nuestra ciudad no son la excepción. Durante los últimos años las estadísticas referentes a intentos de suicidio, así como los suicidios consumados se han incrementado en gran medida, sobre todo en lo que respecta a la población adolescente (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2002). Por ello, el sector salud y de educación han visto la necesidad de buscar formas que les permitan tratar con este fenómeno. A partir de esto, se ha asociado al suicidio y, en cierta manera, circunscrito a estados emocionales como la depresión y ansiedad, y se toman en cuenta diversos factores como la familia, nivel socioeconómico, edad, religión y otros más. Sin embargo, una nueva variable ha venido a formar parte como un factor de riesgo muy relevante: la ideación suicida.

Se habla de episodio de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio (Beck, Steer, Kovacks y Garrison, 1985). El estado psicológico de dicho episodio consistiría en humor depresivo, desesperanza y desesperación, anhedonia, e intencionalidad mortal (Klerman, 1985). El sufrimiento se acompaña además de sentimientos negativos, entre los que se destacan un pesimismo respecto al futuro, la impotencia (incapacidad de resolver el problema) y el desamparo (nadie le puede ya ayudar). Además, el proceso de ideación al suicidio se presenta en un contexto de razonamiento rígido y dicotómico, que restringiría la capacidad de ver alternativas de solución a los problemas. Esta conducta es descrita por Shneidman (1985) de manera cognitiva: los sujetos para llevar a cabo un acto suicida desarrollan una "lógica suicida".

(Fig.1)

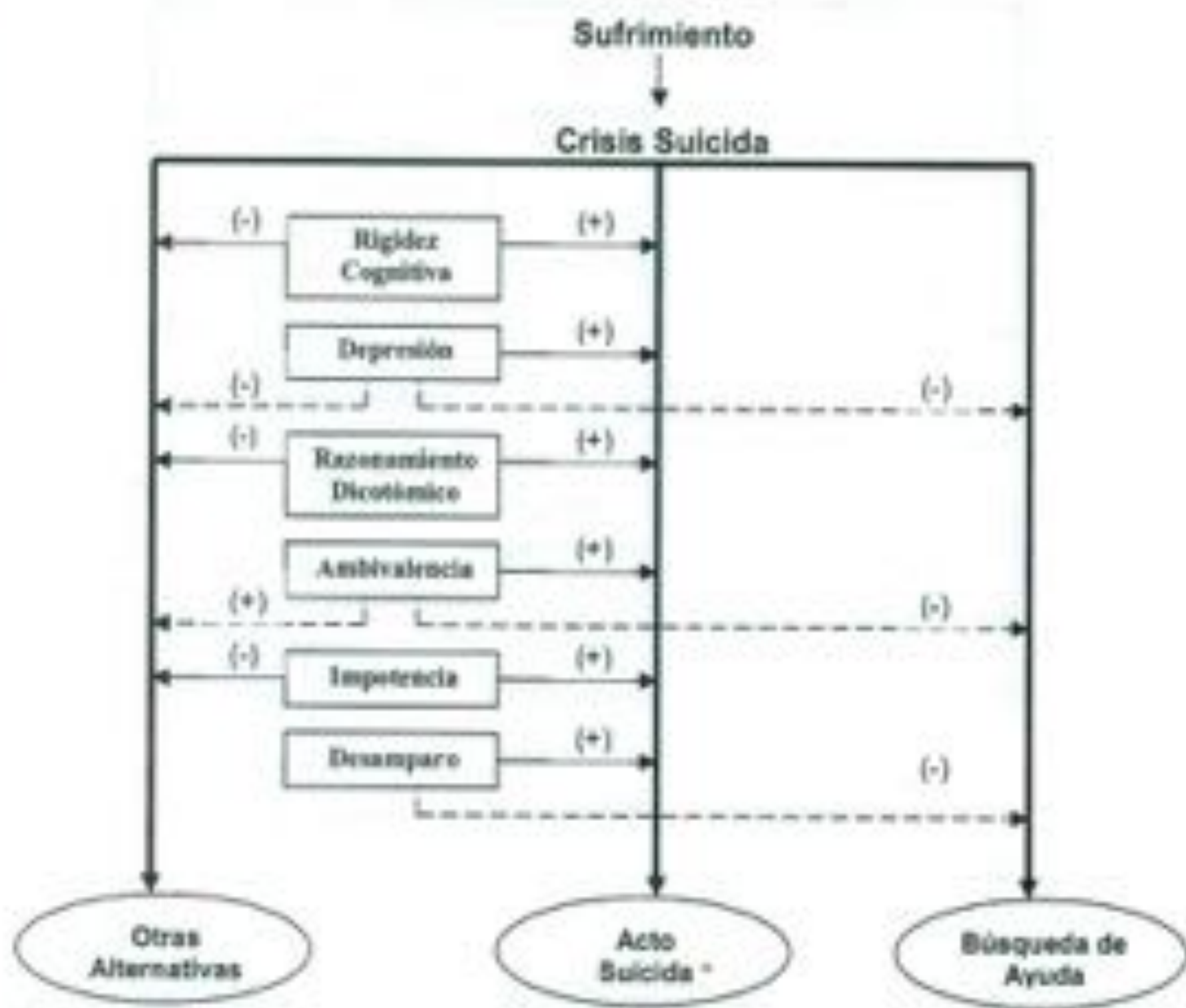


Fig. 1. Desarrollo de la crisis suicida (de Shneidman, 1986)  
(Este cuadro sustituye a la figura 1 de la página 163)

(Fig. 1)

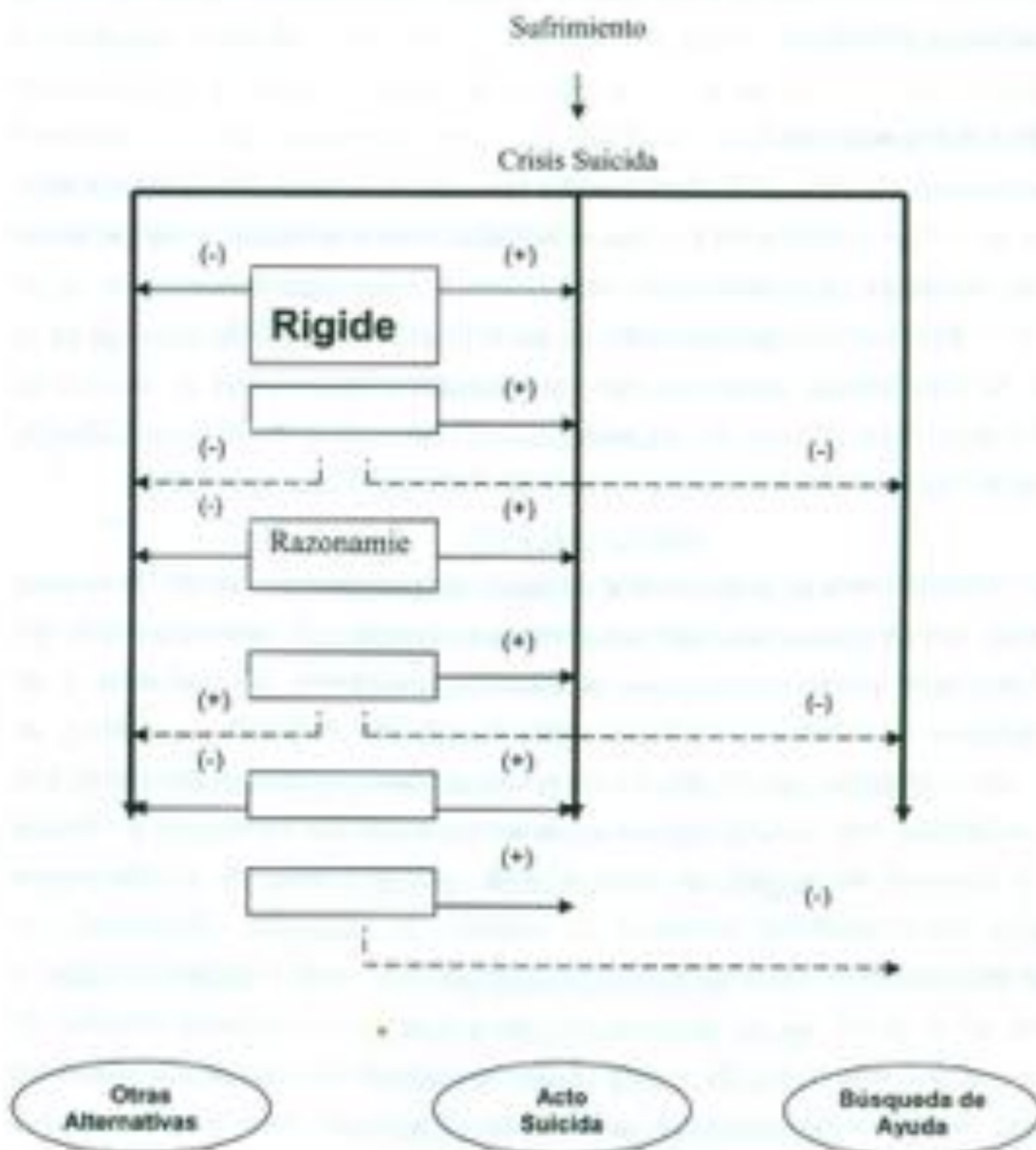


Fig. 1. Desarrollo de la crisis suicida (de Shneidman, 1986).

Así, a través de este proceso – llámese deseo, intencionalidad, ideación, crisis, síndrome o lógica suicida, porque hay un juego con la idea de la desaparición del sujeto – , será posible la comprensión "del paso al acto" desde la aparición de los problemas, de largo y

corto plazo, que presenta el sujeto. En él se pueden incardinar los factores situacionales que no sólo pueden actuar como precipitantes sino también de otras maneras, como variando la letalidad (Beskow, 1987). Hay una forma de idea dominante y persistente hacia el intento de suicidio, denotando que la ideación posee propiedades dinámicas y actúa como fuerza (*idées-force*).

### ¿Y nuestros adolescentes?

Con respecto a la motivación que induce a un adolescente a cometer un acto intropunitivo la Dra. Lorraine Sherr (1992) refiere lo siguiente: "el problema principal de las personas que intentan el suicidio no es que quieran morir, sino si existe alguna manera de seguir viviendo". El trabajo psicoterapéutico realizado en el Hospital General de Durango de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con adolescentes sobrevivientes al suicidio ha corroborado esta visión animica del adolescente, con una motivación a seguir viviendo, pero que en su búsqueda no la encuentra (Terrones, Salvador y Lechuga, 1999).

El trabajo interdisciplinario en el que coadyuva el psicólogo dentro del campo de la salud y, en especial, con un servicio de urgencias médicas es dinámico. El psicodiagnóstico, así como el tratamiento psicoterapéutico con el paciente adolescente que sobrevive a un *Raptus suicidae* es un trabajo constante con el mismo paciente, su familia, sus pares y, en ocasiones, con elementos importantes en su medio escolar (maestros y directivos). Los diagnósticos clínicos más relevantes en aquellos adolescentes que ingresaron al Hospital General de Durango del periodo de 1986 al 2002 por un intento de suicidio fueron determinados por: 1) síndrome depresivo, 2) reacción de adaptación situacional, con respuestas desadaptativas hacia situaciones específicas (e.g., medio familiar o escolar) y 3) trastorno en el control de los impulsos con poca o ninguna capacidad reflexiva. El problema de alcoholismo dentro del medio familiar (principalmente del padre) determina un desajuste de adaptación importante en el adolescente en las áreas familiar, social y emocional en este grupo institucional (Martínez, 2002).

Para evaluar la prevalencia de ideación suicida en la población adolescente en la zona urbana del Municipio de Durango (Martínez, 2002) se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal y descriptivo de la población adolescente de 15 a 19 años, el cual se obtuvo con una muestra representativa de adolescentes en escuelas preparatorias (oficiales y



particulares) de la ciudad de Durango; la muestra quedó constituida por 549 jóvenes de ambos sexos (41% masculino y 59% femenino).

El instrumento empleado para evaluar variables sociodemográficas y psicosociales fue construido especialmente para detectar prevalencias de ideación e intento al suicidio, impulsividad, depresión, ansiedad, situaciones que pueden inducir un desorden de estrés postraumático y, otros factores de riesgo en el adolescente. Este cuestionario de investigación está conformado por 169 reactivos, específicamente contruidos para valorar estas áreas. Para el estudio específico de ideación suicida en los adolescentes se utilizó la escala CES-D de Radloff (1977).

Perfil del adolescente con pensamientos suicidas; Durango, Dgo. (N = 549)

Edad: entre los 15 y 19 años
Dice no practicar su religión o ser agnóstico
Sexo: ambos
<b>Contexto familiar</b>
Percepción negativa del entorno familiar
Se siente incomprendido(a) por sus padres
Hay rechazo por parte de los padres
Relación negativa con hermanos
Fantasia de que los padres prefieren a alguno de sus hermanos
Deseo de marcharse de casa
Presencia de alcoholismo en el hogar
<b>Aspectos fisiológicos</b>
Le cuesta trabajo conciliar el sueño
Se despierta durante la noche
Le dan ganas de dormir durante el día
<b>Aspectos psicológicos</b>
Se siente sólo aunque esté acompañado
Ha vivido o presenciado un acontecimiento traumático

Fuente: Cuestionario IDA-Dgo 2001

Para establecer la detección de cuantos adolescentes presentan actualmente sintomatología altamente suicida, se emplearon 4 reactivos específicos para establecer la ideación suicida por medio de la escala CES-D (Radioff, 1977). La cualidad que establecen estos reactivos es la de determinar en qué forma las ideación al suicidio en los jóvenes pudieron haberse presentado una semana antes de la aplicación del cuestionario.

Por ello, los niveles están divididos en 0 días, 1-2 días, 3-4 días y 5-7 días. Quienes contestaron la primera opción reflejan una ausencia de ideación suicida, no así quienes presentan las últimas opciones, pues muestran la presencia de al menos un grado de presencia en los diferentes síntomas de ideación hacia el suicidio.

De acuerdo con la Figura 2, los cuatro reactivos muestran presencia de ideas suicidas en los jóvenes, lo cual puede resumir una visión cuali-cuantitativa de cómo se comporta la prevalencia de sintomatología suicida en los 549 casos evaluados.

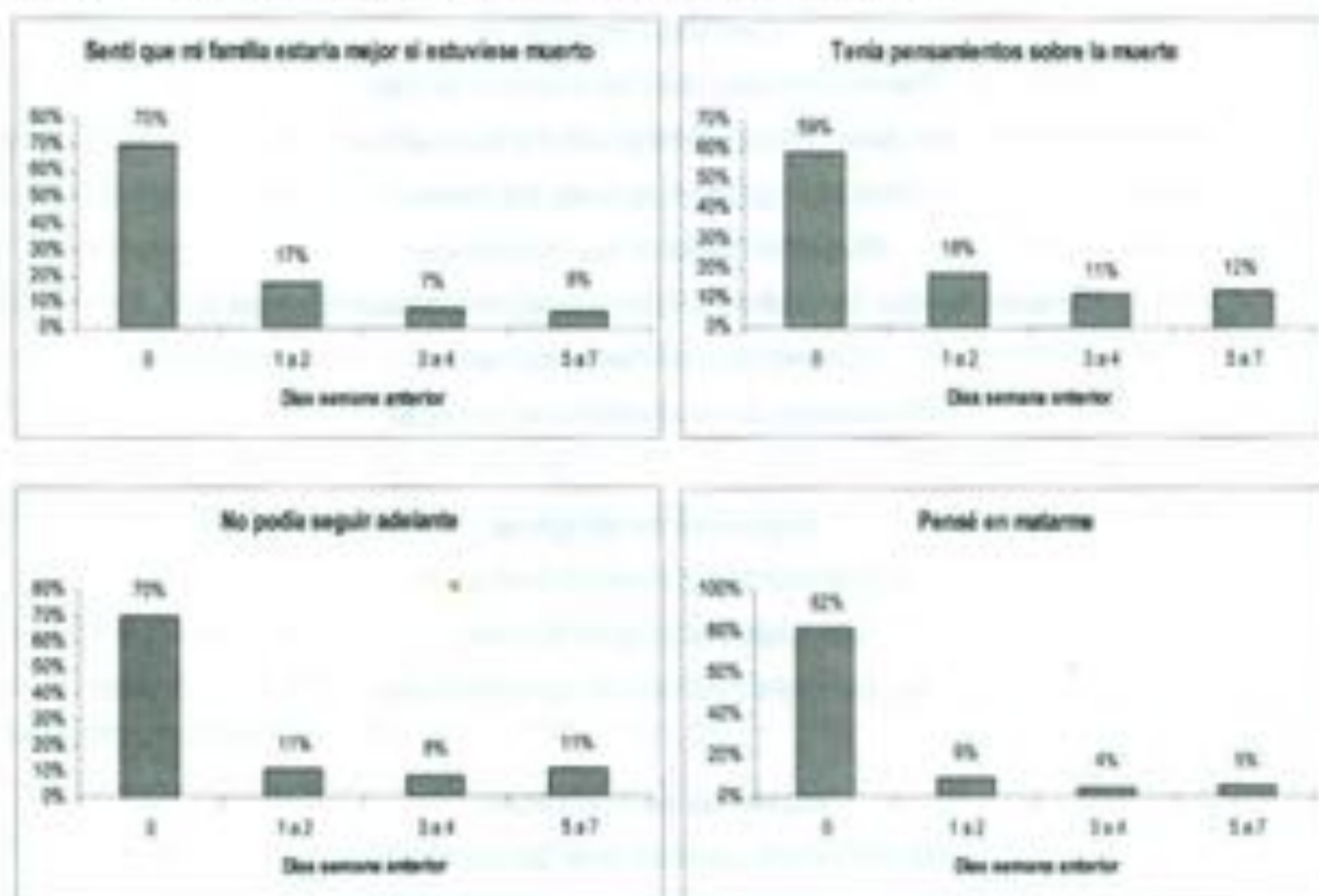


Fig. 2 Prevalencia de ideación suicida de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Radioff.

Estos cuatro reactivos que conforman el CES-D permiten determinar la frecuencia con la que se presentan los pensamientos relacionados a la propia muerte por parte de los adolescentes. Aunque cada uno representa un síntoma, es el último reactivo, "Pensé en matarme" el que representa mayor gravedad. De acuerdo con estos resultados el 18% de la población adolescente se encuentra dentro de este nivel de alto riesgo.

El segundo reactivo, "Tenía pensamientos sobre la muerte" alcanza un 41% de presencia en la muestra, lo que nos establece que 223 jóvenes tuvieron esta representación mental por lo menos un día de la semana anterior a la aplicación.

Estos reactivos están contruidos específicamente para establecer un orden de menor a mayor gravedad, por lo que es el último reactivo el que describe una seria intención de matarse. Sin embargo, los otros tres restantes también son importantes si estos se presentaron durante 5, 6 o 7 días de la semana. Por ello se evaluó la persistencia de estos síntomas (Tabla 1) tomando en cuenta solamente a quienes contestaron esta última opción, es decir, quienes contestaron afirmativamente cada uno de los ítems en su opción 4 (5-7 días).

Número de síntomas persistentes (5 a 7 días)	Frecuencia	%
0 Ausencia	458	83
1 Síntoma	39	7
2 Síntomas	21	4
3 Síntomas	20	4
4 Síntomas	11	2
Total	549	100

Tabla 1. Persistencia de síntomas de ideación suicida en adolescentes de la Ciudad de Durango, Dgo.

En los resultados observados se muestra que menos del 20% de la muestra analizada tuvo al menos uno de los síntomas de manera persistente y con un contenido ideacional hacia la muerte de manera obsesiva. Tenemos que 39 adolescentes pensaron todos los días de la semana que no podían seguir adelante, o tal vez tuvieron pensamientos sobre la muerte; 21 adolescentes tuvieron estos dos pensamientos durante toda la semana. Observando las últimas dos cifras tenemos que 20 de ellos presentaron tres de los síntomas psicológicos de manera persistente y 11 "no podían seguir adelante", "pensaron sobre la muerte", "sentieron que su familia estarían mejor si ellos estuvieran muertos" y, además, "pensaron en matarse todos los días". En este estudio se lleva a cabo por medio de la aplicación de la Escala de Ideación al Suicidio de Ahmed Okasha (1981) como medio predictivo a esta tendencia ideacional en nuestros jóvenes.

Con respecto a los intentos de suicidio se encontró que el 17% de la muestra estudiada ha intentado el suicidio (en una o más ocasiones). De esta población, la gran mayoría no recibió ningún tipo de tratamiento, puesto que sólo un 31% estuvo con el médico o el psicólogo, lo que significa que casi el 70% restante no acudió a ningún lado posteriormente al intento de suicidio; este porcentaje denota la gravedad del problema en sí por el subregistro epidemiológico (i.e., la "invisibilidad" del problema, la "cifra negra", el fenómeno oculto). Así mismo, se observa que el 75% de los adolescentes que intentaron el suicidio comentaron de su acción a alguien, como amigos o familiares.

El promedio de edad en la que esta población de adolescentes realizó sus intentos al suicidio fue de 15 años, y entre las "razones" referidas con mayor frecuencia se encontró que la mayoría realizó el intento porque "quería escapar de una situación dolorosa o estresante", o bien, porque "había sentido que su vida no valía la pena en ese momento". La dinámica familiar disfuncional también es un motivador a esta conducta intropunitiva.

Una de las herramientas de psicodiagnóstico utilizadas en psicología son las técnicas proyectivas gráficas. El dibujo dentro del estudio para la evaluación emocional en niños, adolescentes y adultos puede proveernos de indicadores patognomónicos del estado de adaptabilidad y del contenido afectivo-emocional. La Figura 3 nos muestra la representación gráfica del dibujo de la figura humana realizada por un adolescente masculino de 14 años con intento al suicidio (realizado en la Unidad de Psicología Clínica y Psicoterapia del Hospital General de la Ciudad de Durango), donde su primera

representación gráfica demuestra el sentimiento de vulnerabilidad a los elementos externos (lluvia) y una connotación depresiva y desesperanza observada por la posición que mantiene (cuchillas). La segunda representación manifiesta indicadores proyectivos de elementos de una mayor fuerza psicoemocional a raíz del proceso psicoterapéutico recibido.



Fig. 3. Representaciones gráficas del dibujo de la figura humana en un adolescente sobreviviente al suicidio (después del intento, y posteriormente a dos meses con apoyo psicoterapéutico).

### Discusión

Investigaciones realizadas con niños (Allan, Kashani, Dahlmeier, Beck y Reid, 1998) han establecido un nuevo subtipo de ideación suicida, la cual ha sido denominada como "suicidalidad ansiosa". Los resultados de esta investigación indican que los niños con ideación suicida y ansiedad eran menos felices y satisfechos, además experimentaban con mayor negatividad los eventos en su vida, y contaban con un mayor grado de distractibilidad y emocionalidad, con respecto a niños que únicamente mostraban ideación suicida. Los padres de estos niños reportaron en sus hijos altos niveles de ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos así como gran hostilidad.

A nivel general, el propósito de esta investigación es conocer que variables personales, psicológicas y sociales determinan, influyen o favorecen los pensamientos suicidas de los adolescentes. Se trata de un estudio predictivo con el objeto último y primordial de la prevención. Se considera que los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o de cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento de suicidio. El conocimiento de la presencia de ideas suicidas y de los posibles factores determinantes permitiría la actuación sobre dichos factores y, como consecuencia, la prevención del suicidio. No se trata, por tanto, de investigar los datos procedentes de registros en torno a intentos de suicidio y/o suicidios consumados sino conocer la situación en un momento cronológicamente anterior a la consecución del acto autodestructivo.

Una vez constatado que el número de suicidios está aumentando entre los jóvenes y partiendo de la continuidad progresiva de la conducta suicida, es esperable que sea en la adolescencia cuando empiezan a tomar fuerza los pensamientos de suicidio. Por tanto, es de interés directo la detección de cuál es el grado de ideación suicida de nuestros adolescentes como un primer paso para la prevención, labor que puede llevarse a cabo desde los medios familiar y escolar.

Los hallazgos que aquí se observan pueden ser de utilidad para dar algunas líneas directrices a la hora de dar una evaluación sobre los riesgos, e identificar a adolescentes vulnerables, así como para comprender alguno de los sentidos del comportamiento suicida en adolescentes. Pero esto nos presenta algunas implicaciones relativas a los recursos: ¿Cómo vamos a proveer unos servicios adecuados y unos tratamientos suficientes? Necesitamos estar activamente implicados en discusiones con directores de servicio de todos los niveles, así como con los destinatarios de los mismos. También, se percibe una necesidad de mantener discusiones clínicas sobre la efectividad de las diversas formas de relacionarse y de trabajar con los adolescentes en riesgo.

Esta investigación fue realizada conforme a los lineamientos éticos establecidos por la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association – APA) y la Asociación Mexicana de Psicología. Los adolescentes que intervinieron en este estudio previamente fueron informados del apoyo psicoterapéutico abierto que se daría de manera individual y confidencial a su participación y por iniciativa propia.

### **Reconocimiento**

Los investigadores de este proyecto queremos expresar nuestro agradecimiento y respeto profesional a la Dra. Catalina González Forteza, investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente", de quien recibimos su amplia asesoría para este trabajo. Nuestro reconocimiento a su experiencia del adolescente en situación de alto riesgo psicosocial en México.

## Referencias

- Allan, W. D., Kashani, J. H., Dahmeier, J. M., Beck, N. Jr. y Reid, J. C. (1998). Anxious suicidality: a new subtype of children suicide ideation?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (3), 251-260.
- Bardet, M. (1997). *El suicidio*. Madrid, España: Editorial Paradigma.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacks, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beskow, J. (1987). The prevention of suicide while in psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76 (336), 66-75.
- Cruz, A. y Garduño, R. (2001, 6 de Abril). En 20 años la depresión será la principal causa de discapacidad, afirma Julio Frenk. *La Jornada*, p. 43.
- Hijar, M., Rascón, R., Blanco, J. y López, V. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*, 19 (4), 14-21.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). *Mujeres y hombres*. México, D. F.: Autor.
- Klerman, G. L. (1987). Clinical epidemiology of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 33-38.
- Martínez, M. A. G. (2002). *Estimación de la prevalencia de ideación suicida en adolescentes*. Tesis de Licenciatura no publicada, Escuela de Psicología de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México.
- Organización Panamericana de la Salud. (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*. (vol. II, 490). Washington, D.C., EE. UU. : Autor.



Okasha, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63 (5), 409-415.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Sherr, L. (1992). *Agonia, muerte y duelo*. México, D.F., México: Manual Moderno

Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York, EE. UU. : Wiley.

Terrones, G. A., Salvador, M. J. y Lechuga, Q. A. M. (1999). Adolescentes sobrevivientes al intento de suicidio en el Hospital General de Durango: características psicosociales y adaptativas. *Salud en Durango*, 1 (1), 9-15.

Este proyecto fue realizado con el financiamiento otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Sistema Regional Francisco Villa (SIVILLA), 2001.

### Suicidio en adolescentes yucatecos

Mirta Margarita Flores Galaz \*

María de Lourdes Pinto Loria \*\*

Mario Gerardo Serrano Pereira \*

\* Facultad de Psicología

\*\* Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Yucatán

Sólo quiero hacerle una pregunta:

Dígame por favor que... no lo volverá a hacer

#### RESUMEN

El suicidio ha estado presente en la mayoría de las culturas a través del curso de la historia de la humanidad y actualmente es uno de los problemas que enfrentan todas las sociedades. En Yucatán los estudios psicológicos acerca del suicidio se fundamentan en el enfoque etnopsicológico. La etnopsicología se interesa por descubrir y estudiar las creencias universales, cuasiuniversales y minoritarias, pero psicológicamente importantes de cada cultura y sus consecuencias sobre la cognición y el comportamiento psicosocial y de la personalidad de los individuos, de grupos y de instituciones, en cada hábitat o ecosistema humano (Díaz-Guerrero, 1996). Desde esta perspectiva, el acto suicida se entenderá como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman o gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de la interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo y con quién, y cómo desempeñarlos (Díaz-Guerrero, 1994).

A fin de determinar cuáles son las variables asociadas al acto suicida en adolescentes yucatecos se hace una recopilación de varias investigaciones en este contexto así como una revisión de algunos de los modelos teóricos considerando la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1980) para medir la intención conductual de suicidio y el Modelo Conceptual Hipotético del Riesgo Suicida (González-Forteza, 1996) que han sido fundamentales.

Se puede mencionar que al día de hoy no existe un consenso entre los diferentes profesionales para responder a la pregunta de por qué se suicida la gente, aunque existen estudios al respecto que ofrecen aproximaciones acerca de las principales causas, no se ha podido determinar la primordial, a lo cual se concluye que el suicidio es un acto

multicausado y esta característica, aunque enriquece su explicación, complica la predicción de esta conducta.

**Palabras clave:** adolescencia, suicidio en yucatecos, factores de riesgo, modelos teóricos

Esta frase es común escucharla de los padres angustiados ante el intento de suicidio de sus hijos adolescentes, y no es para menos. El suicidio en cualquier edad es lamentable, aún más, cuando los hijos están en la adolescencia, una de las etapas de pleno desarrollo, y, cuando en teoría tienen toda una vida por delante. Generalmente ante esta situación los padres se sienten confundidos, temerosos, volubles y, en ocasiones, cansados ante la sombra del suicidio. Entender el por qué de un adolescente que ha llegado a pensar o intentar suicidarse no es tarea fácil para él mismo, los padres, la sociedad y para los profesionales de la salud.

El suicidio ha estado presente en la mayoría de las culturas a través del curso de la historia de la humanidad y actualmente es uno de los problemas que enfrentan todas las sociedades. Al día de hoy no existe un consenso entre los diferentes profesionales para responder a la pregunta de por qué se suicida la gente, aunque existen estudios al respecto que ofrecen aproximaciones acerca de las principales causas, no se ha podido determinar la primordial, a lo cual se concluye que el suicidio es un acto multicausado y esta característica, aunque enriquece su explicación, complica la predicción de esta conducta.

Gómez y Borges (1996) afirman que tanto los homicidios como los suicidios constituyen claramente alteraciones de la salud mental de cualquier población. Estudiado desde diferentes ángulos, blanco de actitudes de completo rechazo y de máxima aceptación, el suicidio ha llamado la atención de investigadores y de las personas en general, incluso antes de que surgiera el término como tal en 1734.

Numerosos estudios han ofrecido contribuciones relevantes al tema del suicidio, desde la óptica de la Filosofía, Psicología, Antropología, Sociología y las Neurociencias. Es importante mencionar que el estudio científico de la conducta suicida ocurrió únicamente después de que filósofos del renacimiento concluyeran en 1763, que el suicidio no constituía ni un crimen ni un pecado, sino la señal de una enfermedad, abriendo de esta manera el camino para un punto de vista distinto acerca del suicidio, como evidencia de

una perturbación emocional que puede ser susceptible de investigación científica. Durante este período el médico Jean Pierre Falret llevó a cabo la primera autopsia psicológica (1822), al examinar la posibilidad de que Jean Rousseau se hubiera quitado la vida (Rodríguez de Sala, 1973). Casi un siglo después, en 1910, se llevó a cabo en Viena la primera reunión científica sobre el suicidio (Serfaty, Andrade, Aquila, Boggui-Bogero, Massauti y Foglia, 1994). En 1976 se publicó en Inglaterra el Acta sobre el Suicidio, hecho muy significativo desde el punto de vista legal, pues en ella quedaron abolidas las penas por cometerlo, se exoneró de juicio criminal a los sobrevivientes de intentos suicidas y se incrementaron los castigos para quienes ayudaron o favorecieron el acto, esta iniciativa británica se siguió después en otros países (Sherr, 1992).

Hoy en día, la sociedad en general desalienta moral y éticamente el comportamiento suicida. Esto tiene relación en gran parte, con la orientación hacia la vida que tienen las personas, además, de ser un acto un tanto complicado que evoca un conjunto amplio de emociones hostiles que abarcan aborrecimiento, ira, tristeza y ansiedad (Sherr, 1992). Los efectos en los familiares del suicida, especialmente en familiares en primer grado, son comparables con los efectos del duelo por la muerte en accidente de tráfico o por enfermedad terminal. También se sabe que una inadecuada adaptación a corto plazo predice reacciones negativas a la pérdida, problemas de salud e inadecuado funcionamiento social a largo plazo, especialmente en las madres, viudas y hermanas del suicida (Cleiren, Diekstra, Kerkhof y Vander-Wal, 1994). Si bien en la mayoría de las culturas el suicidio ha sido blanco de actitudes negativas y de rechazo, el grado en el que se desapruaba este acto varía de país a país.

Los estudios psicológicos acerca del suicidio en Yucatán se fundamentan en el enfoque etnopsicológico. La etnopsicología se interesa por descubrir y estudiar las creencias universales, cuasiuniversales y minoritarias, pero psicológicamente importantes de cada cultura y sus consecuencias sobre la cognición y el comportamiento psicosocial y de la personalidad de los individuos, de grupos y de instituciones, en cada hábitat o ecosistema humano (Díaz-Guerrero, 1996). Desde esta perspectiva, el acto suicida se entenderá como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman o gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de la

interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo y con quién, y cómo desempeñarlos (Díaz-Guerrero, 1994).

Además de lo anteriormente mencionado a fin de determinar cuáles son las variables asociadas al acto suicida en adolescentes yucatecos, los modelos teóricos como la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1980) para medir la intención conductual de suicidio y el Modelo Conceptual Hipotético del Riesgo Suicida (González-Forteza, 1996) han sido fundamentales.

### **Prevalencia del suicidio en Yucatán**

Los datos más recientes del INEGI (2005) revelan que ocurrieron 3327 suicidios en el país durante el 2003, los cuales rebasan los 2736 casos registrados en el 2000. En más de la mayoría de los casos (2037) se desconoce la causa del suicidio, apareciendo en segundo lugar, el disgusto familiar (301), otras causas (281) y las dificultades amorosas (246). De acuerdo con este organismo, se observa que el porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas, han venido aumentando de manera constante en el país desde 1998 (6.0 %) hasta alcanzar la cifra de 7.8 % en el 2003.

En el caso de los varones, cuyos grupos de estudio del INEGI corresponden al periodo de la adolescencia, se observa que tanto en el grupo de los 10 a los 14 años (6.2 % en 1998 a 8.4 % en 2003) como en el de los 15 a los 19 años (8.8 % en 1998 a 11.3 % en 2003) se han venido presentando aumentos en el porcentaje de muertes por suicidio, con respecto al total de muertes violentas. En el caso de las mujeres, tanto el grupo de los 10 a los 14 años (7.1 % en 1998 a 10.8 % en 2003) como el de los 15 a los 19 años (15.9 % en 1998 a 19.4 % en 2003) también se presentan aumentos en el porcentaje de muertes por suicidio (INEGI, 2005).

En el Estado de Yucatán, durante el año 2003 el porcentaje de muertes por suicidio del total de muertes violentas registradas fue de 20.3%. En el caso de los hombres el porcentaje fue de 21.9% mientras que para mujeres representó el 14.6%. Asimismo, se registraron 162 casos, siendo los principales motivos: el disgusto familiar (23), la enfermedad grave e incurable (19), la situación amorosa (12) y otras causas (87) (INEGI, 2005).

A continuación se presentan datos que muestran la variación de la conducta suicida en el Estado de Yucatán, los datos pertenecen a registros del Servicio Médico Forense (Hadad, 2000) y del INEGI (2005) (ver Figuras 1 y 2).

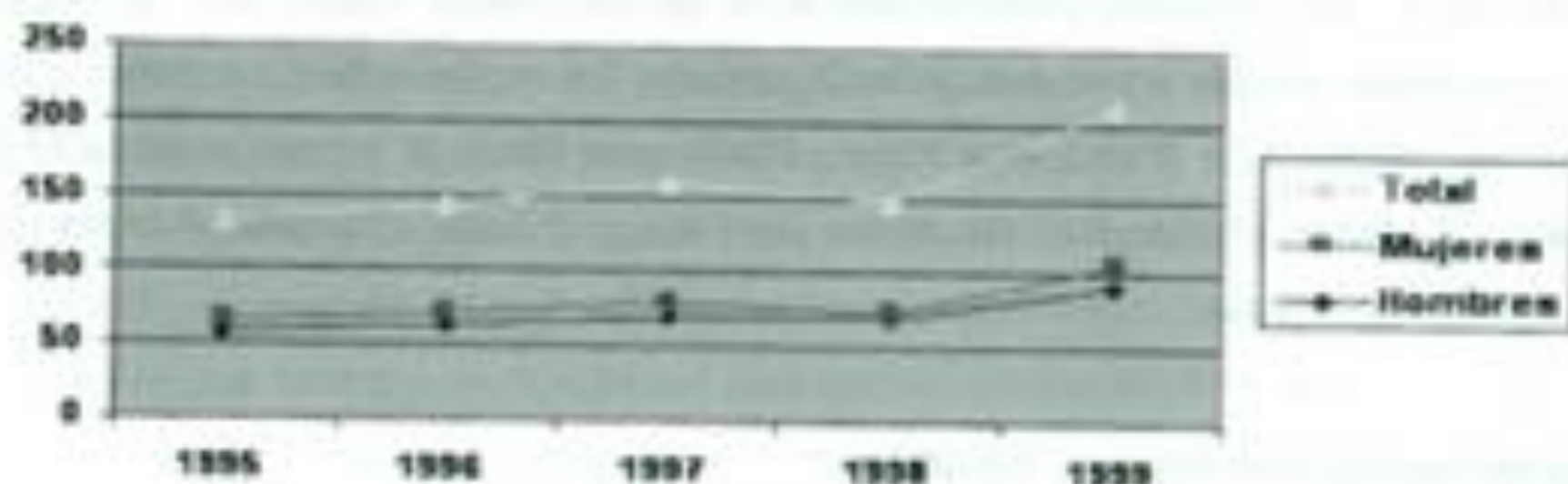


Figura 1. Cifras de suicidio consumado en Yucatán en el periodo 1995 a 1999. (Hadad, 2000).

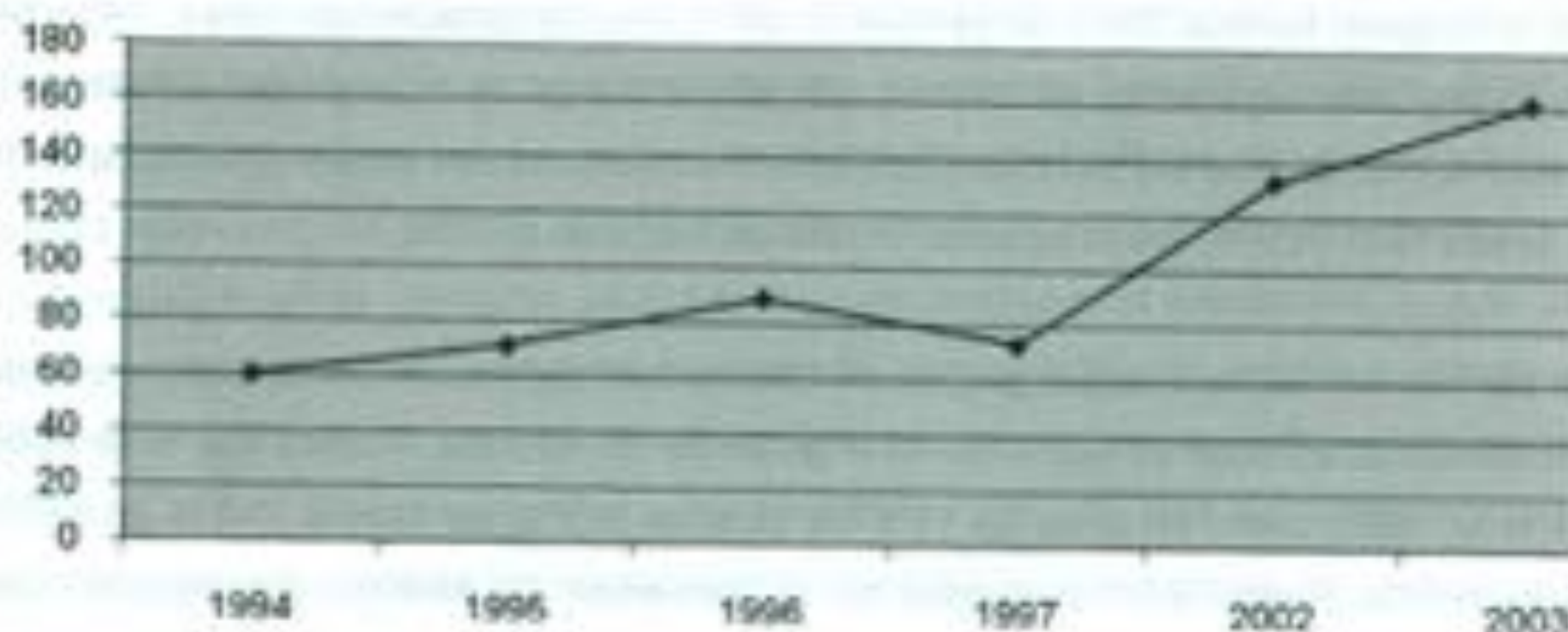


Fig.2. Suicidios consumados en Yucatán en el periodo 1994 a 2003. Fuente Archivos del INEGI (2005).

### Contexto cultural del suicidio en Yucatán. Influencia de la cultura maya en el suicidio de adolescentes

Los historiadores afirman que para la religión maya, la vida constituía un valor supremo, por lo cual era defendida, se procuraba el cuidado a la salud y la subsistencia en el individuo, además de que existía un aprecio casi divino hacia los médicos (Rosado Ojeda en Góngora Coronado, 2000).

Fray Diego De Landa (1959-1982) en su libro *Relación de las Cosas de Yucatán*, menciona el excesivo temor a la muerte entre los mayas, mismo que demostraban a

través de los servicios que ofrecían a sus dioses con el fin de obtener salud y vida. Asimismo, consideraban que la muerte, al igual que todos los demás males, provenía del diablo.

Los mayas creían en la existencia de tres moradas para los muertos: la primera de ellas era el inframundo llamado MetNal, en él se encontraban los "malvados" a quienes se les infringían toda clase de tormentos (De Landa, 1959-1982), la segunda, un paraíso situado en uno de los cielos y la tercera, una morada celestial a donde acudían las mujeres que morían en parto y los guerreros muertos en combate o en sacrificio (Thompson, 1970-1975). El paraíso maya descrito por De Landa (1959-1982) es una tierra de leche y miel donde los muertos pasan una vida de feliz holganza con todos los deleites inimaginables a la sombra de una ceiba gigante (El Yaxché sagrado); de acuerdo con este autor, los suicidas se encontraban en este paraíso.

Como se puede observar, los mayas expresaban una forma particular de ver el mundo, misma que se observa al estudiar las prácticas sociales relacionadas con las concepciones sobre la salud, enfermedad, vida y muerte, que en su conjunto, conformaron un espacio social donde la identidad, la ideología, la cultura y las relaciones de poder se manifiestan en forma privilegiada (Guzmán, 1997).

La cultura maya del Estado de Yucatán, al igual que otras, se caracteriza por su culto a diversas deidades. Entre tales deidades se encuentra la diosa lunar, que para los mayas llevaba el nombre de Ix Chel. A la Luna también se le llamaba "nuestra madre" y aunque no existen pruebas directas, se le conocía como la diosa del parto, la procreación y la medicina, se dice que para curar las enfermedades se invocaba a Ix Chel. (Thompson, 1970-1975).

En los códices de Dresde y Madrid la diosa lunar claramente aparece como aquella que trata de las enfermedades (Thompson 1970-1975), sin embargo, también se presenta acompañada por un conjunto de diosas lunares. Entre las diosas lunares se encuentra la más extraña deidad y probablemente la única en su tipo en el mundo. Ixtab o diosa de la "horca" (suicidio). Ixtab era representada por una figura femenina pendiente del cielo por medio de una cuerda enrollada a su cuello, con los ojos cerrados por la muerte y en una de sus mejillas un círculo negro representando la descomposición de la carne (Rodríguez de Sala, 1973) (ver Figura 3).



Fig. 3. Diosa maya Ixtab. Del Códice de Dresde, tomado de Morley, en Balán Pereira (1990).

Para algunos autores el papel de esta diosa es claro, su misión era ayudar a entrar al paraíso a los suicidas. Este punto se relaciona con el hecho de que para los mayas el acto de suicidarse era todo un ritual honorífico, elaborado de acuerdo a ciertas reglas específicas. Utilizaban el zumo de la yuca ponzoñosa, al igual que el veneno de animales y plantas preparados, pero se sabe que el método más utilizado eran las lianas o "sogas" debido al culto a Ixtab, diosa del suicidio. Por lo tanto, habían muchos que con pequeñas ocasiones de tristeza, trabajos o enfermedades se ahorcaban para salir de ellas e ir a descansar a la gloria llevados por la diosa de la horca (De Landa, 1959-1982).

Al día de hoy, existe un desacuerdo sobre el papel que desempeñaba esta diosa en la religión maya. De Landa (1959-1982) reporta que los mayas tenían la creencia popular de que Ixtab ayudaba a los que se suicidaban a entrar al paraíso, sin embargo, las investigaciones de Thompson (1970-1975) dudan incluso de la existencia de una diosa específica para el suicidio entre los mayas, al igual que Hoyón, Irigoyen, Ruz y Lara (1977) quienes describen en páginas de la Enciclopedia Yucatanense que el suicidio era una práctica rara entre los mayas y que éste se presentó con mayor frecuencia durante el último período de la epidemia de pelagra, en donde se recurría al suicidio a través de la horca o sumergiéndose en un canote. Thompson (1970-1975) consideraba a Ixtab como una de las advocaciones de la diosa de la luna (relacionada con el agua), debido a que la imagen de esta diosa aparece en las tablas de eclipses del Códice de Dresde; por tanto, este autor considera que una diosa del ahorcamiento no tendría cabida en esas tablas, en



cambio, la diosa lunar sí, de ahí que se dude de la existencia de una diosa exclusiva para el suicidio entre los mayas, concluyendo que la diosa lunar se encargaría por igual de los ahorcados. Lo anterior señala que la investigación sobre la influencia cultural maya sobre la problemática actual del suicidio en Yucatán debe de continuar investigándose.

### **Los estudios sobre el suicidio en el estado de Yucatán**

La investigación del suicidio en Yucatán ha sido objeto de estudio de profesionales de diferentes disciplinas y de diversas instituciones. Los estudios que aquí se presentan surgieron de los intereses personales ya sea de los investigadores o bien, de los estudiantes en proceso de titulación. A continuación se presentan algunos de ellos.

En 1978 se realizó una tesis reportando 52 casos de intento de suicidio y suicidio consumado en el Hospital Escuela O'Horan, del 1º de julio de 1976 a 30 junio de 1977 (Torre Aguilar, 1978) este estudio es básicamente descriptivo respecto a la prevalencia y características de los sujetos.

En 1981 la Revista de Estudios Económicos y Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad de Yucatán publicó un artículo denominado "Algunas Ideas para el Estudio del Suicidio", el cual formó parte del marco teórico del proyecto: Las Tendencias Suicidas del Campesino Yucateco, en donde el autor Alonso Angulo (1981) reflexiona sobre las condiciones de vida que agobian al Campesino Yucateco y su relación con el suicidio. Posteriormente en 1988 se realizó un estudio con pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán" que mediante análisis descriptivos reporta las características sociodemográficas de los pacientes y sus enfermedades (Colli, 1989).

Balan Pereira (1990) realiza un seguimiento de la conducta suicida de la década de los cincuentas a finales de los ochentas; observa que en el Estado de Yucatán, la tasa de eventos suicidas de 1954 a 1958 fue de 1.8 por cien mil habitantes, de 1960 a 1969 bajó a 1.0 y en 1989 subió a 3.6 por cien mil habitantes. En 1995, Yucatán ocupó el segundo lugar del país con relación a la frecuencia de casos suicidas y duplicó la media nacional (la media nacional fue de dos suicidios por cada cien mil habitantes, la media de Yucatán fue de cuatro suicidios por cada cien mil habitantes) (Alonso; en Puga, 1997; Boletines del Programa Salvemos una Vida, 1995-1996) (Figura 4).

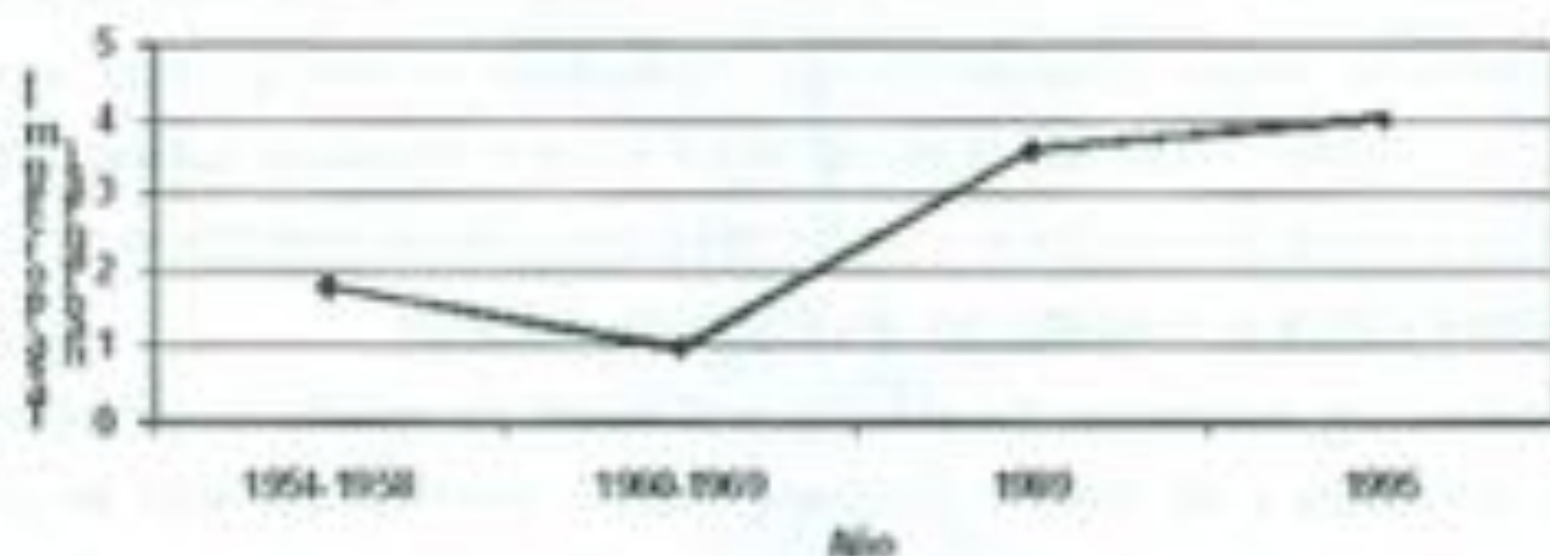


Figura 4. El suicidio en Yucatán. Tasa por cien mil habitantes, 1954-1995.

Nota. Las tasas de 1954 a 1989 son del Ministerio Público en Balan Pereira (1990). La tasa de 1995 es del Boletín del Programa Salvemos una Vida (1995-1996).

Ante la necesidad de contar con programas preventivos y de intervención frente a la problemática presentada, se desarrollaron proyectos en el estado de Yucatán con el fin de responder a esta necesidad. Dos ejemplos de lo anterior lo constituyeron el Programa "Salvemos una Vida" (creado en 1995) y el Programa Integral de Atención al Suicidio (PIAS) del Hospital Psiquiátrico Yucatán (2000), ambos con regulares resultados e inconstantes cursos de acción.

En estos años los estudios se centraron en análisis predominantemente descriptivos, no fue si no hasta 1997 cuando se comienza a relacionar la conducta suicida con otras variables con el fin de comprender mejor este fenómeno. Entre las variables estudiadas se encuentran: la alucinosis alcohólica en una muestra de 100 pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán" (Maciel Lunfán, 1997). Este estudio reveló que el 49% de los pacientes con diagnóstico de alucinosis alcohólica habían intentado suicidarse en algún momento de su vida, un 29% intentó suicidarse al momento de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el 20% además presentó ideación suicida sin intento al momento del ingreso, un 20% de los que ingresaron en otro momento de su vida había presentado intento suicida y el 31% había tenido ideación suicida previa.

Otro estudio abordó la actitud hacia la vida comparando personas potencialmente suicidas (N= 56) (con ideación, planeación o intento) y no suicidas (N= 45). En tal estudio, se evaluó la actitud hacia la vida en general (usando un diferencial semántico) y la actitud de

las personas hacia su propia vida (mediante una escala likert). En el primer caso, los resultados indicaron que, en general, los sujetos evaluaron la vida en forma ligeramente positiva a través de sus aspectos socio-emocionales, valorativos, emocionales y morales. El análisis de diferencias por grupo indicó que las personas no suicidas obtuvieron puntuaciones significativamente más positivas en los factores socio-emocional, valoración y moral a diferencia de los suicidas. En el segundo caso, al analizar la actitud de los sujetos hacia su propia vida, se encontró que tal actitud se caracteriza por desesperanza, baja valoración y frustración hacia la vida. En general, la escala reveló una actitud de indiferencia hacia la vida en la muestra global; en cambio, el análisis de diferencias por grupo indicó que las personas suicidas obtuvieron puntajes significativamente menores en el factor de desesperanza y frustración y mayores en valoración hacia la vida, a diferencia del grupo no suicida, lo cual indica que es mejor la actitud hacia la vida de las personas suicidas. Por sexo, se encontró que los hombres tienen una actitud de mayor amor hacia la vida que las mujeres (Pinto Loria, 1998).

Los resultados obtenidos en Yucatán con relación a la actitud hacia la vida medidos con una escala y un diferencial semántico, son diferentes a lo reportado en otras investigaciones en donde se indica que las personas que han intentado suicidarse tienen pocas razones de vivir, que vale más morir que seguir viviendo y que tienen actitud negativa hacia la vida (Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983; Ovuga y Mugisha, 1990; Dyck-Murray, 1991; Gómez y Borges, 1996). Los sujetos suicidas de este estudio en la escala de actitud hacia la vida (actitud hacia su propia vida) revelaron que tienen muchas razones de vivir, tienen planes para el futuro, tienen deseos de vivir, que la vida tiene significado y otras connotaciones favorables de la vida; mientras que en el diferencial semántico (actitud hacia la vida en general) los sujetos evaluaron la vida en forma negativa a diferencia de los no suicidas, lo cual puede parecer contradictorio, sin embargo, se concluye que la apreciación de los sujetos respecto a la vida es diferente en función del instrumento. En la escala de actitud, los mecanismos de defensa y la deseabilidad social de los sujetos suicidas pudieron activarse al situarlos ante la evaluación de su propia vida, en cambio, la palabra estímulo del diferencial semántico presentado en forma impersonal permitió generar respuestas cuya connotación pudo haber sido formal o emocional. De cualquier forma, lo relevante de este estudio es que permite concluir que, lejos de lo que se piensa de que las personas potencialmente suicidas desean morirse, más bien, prefieren vivir. Lo anterior conlleva a retomar la idea

de que para los mayas existía vida después de la muerte, el paraíso (De Landa, 1959-1982) por tanto, es posible que quienes deseen suicidarse más que buscar la muerte, lo que desean es una mejor vida. Aunque es prematuro llegar a esta conclusión, investigaciones futuras deberán realizarse con el fin de comprender mejor la dinámica vida, muerte y suicidio en Yucatán (Pinto Loria, 1998).

En un estudio posterior, Pinto Loria (2000) encontró diferencias en adolescentes rurales y urbanos en la negación de la vida, donde los adolescentes urbanos (a diferencia de los rurales) reportan con mayor frecuencia no tener razones, ni encontrar sentido para vivir y que la vida no tiene valor. También encontró que el sexo y el lugar de residencia interactúan en la actitud negativa hacia el suicidio, siendo los hombres urbanos los que expresan mayor actitud negativa hacia él.

Por otro lado, con el fin de estudiar las diferencias en la evaluación del suicidio en personas potencialmente suicidas (con ideación, planeación o intento no consumado) y no suicidas, Serrano Pereira (1999) aplicó un cuestionario y un diferencial semántico a una muestra de 101 sujetos. Encontró que los suicidas consideran que las personas tienen el derecho a morir por voluntad propia bajo circunstancias especiales porque son dueñas de sus vidas y pueden disponer libremente de ella; mientras que los no suicidas consideran que no existe ese derecho porque se tiene un motivo, una misión o un tiempo para vivir o por motivos religiosos. Resulta interesante analizar las implicaciones en el riesgo suicida de tales creencias, en donde, el considerar poseer el derecho para privarse voluntariamente de la vida, pudiera ser una condición que facilite el acto en personas potencialmente suicidas. Asimismo, reporta que las personas de este estudio, en términos generales, evalúan el suicidio en forma negativa tomando en cuenta sus aspectos morales (malo, indecente, enfermo), valorativos (espantoso, frustrado, despreciable) y su dinamismo (reflexivo, violento y rápido). Se encontró que el concepto suicidio fue evaluado por los no suicidas negativamente al considerar sus aspectos morales, mientras que para los suicidas es evaluado negativamente al considerar su dinamismo. Pareciera ser que el hecho de haber ideado, planeado o intentado suicidarse, matiza ligeramente la evaluación que se hace del suicidio, considerándolo menos negativo que aquellos quienes no han tenido este tipo de experiencia.

Asimismo, se ha detectado una compleja red de mitos asociados al suicidio, estas ideas erróneas pueden obstruir la ayuda que se le puede brindar a una persona suicida. Con el fin de identificar las creencias erróneas asociadas a factores sociodemográficos del suicidio, a su etiología, al riesgo suicida y a los factores que giran entorno a la motivación de quien lo comete, Serrano Pereira y Flores Galaz (2002) realizaron un estudio con el fin de explorar las diferencias en los mitos del suicidio entre hombres y mujeres y entre personas potencialmente suicidas y no suicidas. Los resultados muestran que los hombres parecen estar mejor informados con respecto al suicidio que las mujeres. Con respecto a las diferencias encontradas entre el grupo suicida y no suicida, el grupo no suicida parece estar mejor enterado sobre el suicidio. Los autores concluyen afirmando que el hecho de vivir con ideas erróneas sobre el suicidio puede impedir que éstos sean prevenidos o que las personas suicidas puedan recibir ayuda, además, debido a que el suicidio pone en juego la vida de un ser humano, se hace evidente la necesidad de derribar la mitica asociada a este tema. Los esfuerzos deberán dirigirse a buscar en la población en general, la transmisión de información correcta sobre el suicidio, maximizando la posibilidad de que esta información pueda ser utilizada si la situación lo amerita.

Finalmente, otro de los aspectos estudiados son los cuidados que reciben del personal de enfermería las personas que han intentado suicidarse cuando se encuentran en los hospitales. Se encontró relación moderada, positiva y significativa entre la actitud positiva hacia los cuidados de enfermería y los cuidados (físicos y emocionales) que el personal de enfermería proporciona a los pacientes con intento suicida. Parece ser que en el personal de enfermería influye más la actitud que los conocimientos hacia el suicidio en el cuidado proporcionado a los pacientes suicidas (Chay Cárdenas, 2002).

### **El suicidio en adolescentes yucatecos**

Abordar el estudio del suicidio en la población adolescente resulta sumamente importante ya que en este grupo de edad es donde actualmente se están reportando casos de suicidio en Yucatán. Identificar el marco cultural, social y de salud específicos asociados a esta conducta es interesante y aún más cuando se abordan las costumbres, prácticas de crianza, creencias sobre la vida, muerte y suicidio. Los diversos estudios del suicidio en adolescentes han revelado que la depresión, la impulsividad, el locus de control, la autoestima, las actitudes hacia la vida y hacia la muerte intervienen en la conducta

suicida. Se han realizado diversos estudios en adolescentes yucatecos cuyos objetivos fueron identificar las variables que pueden predecir el riesgo o la intención de suicidarse.

Pinto Loria (2000) y Pinto Loria y Flores Galaz (2000a) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las diferencias en el significado psicológico del suicidio en una muestra de 120 adolescentes yucatecos divididos por sexo y lugar de residencia. Para tal efecto, se utilizó la técnica de redes semánticas (Valdez, 1998). Los resultados indicaron que el significado del suicidio fue negativo. En cuanto al lugar de residencia, se encontró que para los adolescentes rurales, el suicidio está en función del método por el cual se lleva a cabo el acto (ahorcado, ahogado) y para los urbanos el suicidio está asociado a las causas que dan por resultado el acto (problemas, locura). Otra diferencia interesante fue que para los rurales la definidora "muerte" no aparece como definidora del suicidio, a diferencia de la zona urbana en donde apareció más cercana al suicidio. En cuanto a las diferencias por sexo, la definidora "sin sentido" fue identificada exclusivamente en el grupo de hombres urbanos (ver Figura 5). Estos resultados obtenidos en adolescentes rurales del Estado de Yucatán distan mucho de lo encontrado en la muestra de adolescentes urbanos yucatecos y de lo encontrado también en adolescentes del Distrito Federal, en donde el suicidio está asociado con problemas (González y Medina, 1993).



Red semántica para mujeres urbanas



Red semántica para mujeres rurales



Red semántica para hombres urbanos



Red semántica para hombres rurales

Fig. 5. Resultados de las redes semánticas de "Suicidio" (Pinto Loria, 2000).





en cuanto a las creencias conductuales señalan que las personas que son importantes para los adolescentes piensan que el suicidio es una locura, es imperdonable, tonto, estúpido y piensan que si ellos se suicidaran sería una locura, algo tonto, ridículo, que los quieren mucho y que no los quieren perder.

En los análisis de diferencias por lugar de residencia los adolescentes urbanos difieren de los rurales en la creencia normativa del suicidio, es decir, los adolescentes urbanos más que los rurales creen, que las personas importantes para ellos piensan que el suicidio es una locura, es imperdonable, tonto y estúpido. En cuanto al sexo, las diferencias fueron con relación a la norma subjetiva, es decir, las mujeres más que los hombres consideran que cuando están pensando en la posibilidad de quitarse la vida, la familia nuclear, el novio, Dios y ellos mismos son más importantes. De igual forma, las mujeres más que los hombres consideran que son importantes la familia, los amigos y los seres queridos.

Las respuestas de los adolescentes obtenidas en este estudio sugieren una conciencia clara de la no aceptación del suicidio por parte de los adolescentes yucatecos, identifican a las personas que ellos consideran importantes y revela lo desesperante que resulta para un adolescente tomar la decisión de suicidarse por todo lo que implica en cuanto a valores, seres queridos y respeto de sí mismos. De esta manera, es posible que aquellos que posean poco soporte familiar, baja autoestima, sentimientos de soledad o depresión sean los que están en mayor riesgo (Pinto Loria y Flores Galaz, 2000b).

Para profundizar sobre la problemática del suicidio en adolescentes de Yucatán fue importante determinar los problemas que los adolescentes consideran no tienen solución, las situaciones que los deprimen, las ventajas y desventajas de cometer el suicidio cuando se atraviesa un problema difícil (que en el contexto de la Teoría de la Acción Razonada se denominan a estos puntos como resultados sobresalientes), la creencia de los adolescentes sobre si las personas importantes para ellos aprobarían o desaprobarían el que se suicidaran (referentes sobresalientes) y la planeación suicida (Pinto Loria, 2000).

En cuanto al indicador de resultados sobresalientes, los adolescentes revelaron que los problemas que creen que no tienen solución son la violencia sexual, la enfermedad de un familiar y la violencia intrafamiliar, este último problema además, los deprime. Consideran que el suicidio no ofrece alguna solución a estos problemas. Reportaron que las

desventajas de suicidarse son: que se pierde la vida, se desperdicia y no se valora, de igual forma mencionan, que se pierde la posibilidad de disfrutar y de "ser alguien". Con respecto a los referentes sobresalientes, se encontró que los adolescentes no conocen a alguien que estaría de acuerdo con que ellos se suicidaran y específicamente estarían en desacuerdo sus padres, familiares y amigos. Asimismo, mencionan que cuando se sienten deprimidos o en graves problemas piensan en sus padres por un lado y por otro, piensan en solucionar el problema, salir adelante, enfrentarlo o en pedir ayuda. Concluyen que si ellos pensarán en suicidarse, las personas los harían razonar, los aconsejarían, les dirían que está mal y que no deben de hacerlo. En cuanto a la planeación suicida, únicamente 17 de los 60 jóvenes respondieron a la forma como han pensado suicidarse, siendo las más frecuentes la ingesta de pastillas, el ahorcamiento y el corte de venas. Estos resultados confirman la importancia del apoyo familiar ante los problemas difíciles y la depresión durante la adolescencia, ya que en esta etapa se formulan juicios con relación a su realidad social y familiar, además, estudios previos (González-Forteza, 1996) han identificado que la aceptación positiva incondicional y la convicción de que los logros se alcanzan por el propio esfuerzo constituyen factores protectores del suicidio, de ahí resalta el importante papel de los padres quienes pueden desarrollar estas capacidades en los hijos (Pinto Loria, 2000).

Con base a los resultados de los estudios previos, Pinto Loria (2000) realiza una serie de estudios en una muestra probabilística de 596 sujetos para identificar las variables predictoras de la intención conductual de suicidio en adolescentes yucatecos mediante la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1980). Identificó que la ideación suicida, la planeación suicida, el método mediante el cual se pretende llevar a cabo el acto, la opinión de los padres sobre el suicidio ante los problemas en general y la actitud negativa hacia la vida son variables predictoras de la intención de suicidarse (Ver Figura 6).

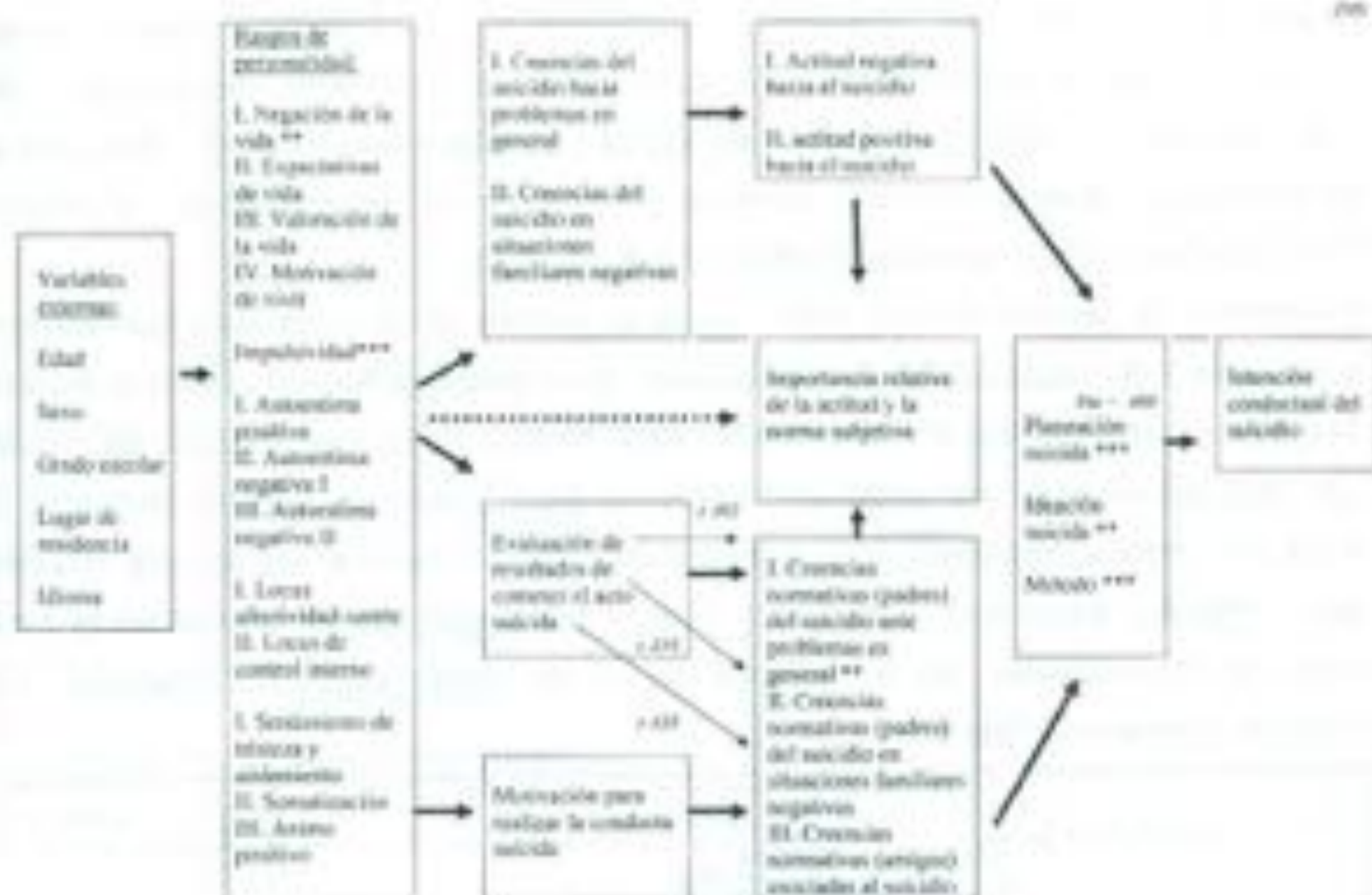


Fig. 8. Factores predictores de la intención conductual del suicidio en adolescentes y jóvenes (Pinto Lora, 2000)

Además, encontró diferencias por sexo en la sintomatología depresiva y en ideación suicida, observando que las mujeres reportan mayores síntomas de aislamiento-tristeza y somatización, mientras que los hombres informan haberse sentido más felices y disfrutar la vida. Asimismo, encontró que los urbanos más que los rurales, reportaron que la semana anterior a la aplicación, se sintieron con mayor ánimo positivo. En cuanto a la ideación suicida se encontró que las mujeres puntuaron más alto que los hombres.

En otra serie de estudios, Serrano Pereira y Flores Galaz (2003) encuentran asociados los síntomas depresivos y la ideación suicida con la relación que los adolescentes mantienen con su papá. Sus resultados señalan que los jóvenes que perciben mayor afecto y mejor comunicación con su padre son los que reportan menores síntomas de tristeza, menor ánimo deprimido, menor somatización y menor desvalidez social. Asimismo, aquellos que perciben mayor control de su papá son quienes expresan menor ánimo deprimido. Quienes perciben mayor afecto paterno se sienten con mayor ánimo positivo y los que tienen mejor comunicación con su papá reportan menor ideación suicida. Los autores finalizan reflexionando sobre la necesaria transformación del papel del hombre en la educación de los hijos, transformación que demanda desempeñar una actuación diferente, más allá de la simple satisfacción de las necesidades básicas (papel

tradicional). Los resultados del estudio sugieren que el tipo de relación paterna que se caracteriza por la expresión de los afectos, el favorecimiento de espacios de comunicación y un adecuado control, se asocia con menor sintomatología depresiva y menor ideación suicida, en concordancia a lo reportado por estudios previos (Campos, 2002; Cárdenas, 2002; González-Forteza y Saldivar, 1998).

Paralelamente, Serrano Pereira (2003) realiza un estudio con el fin de identificar factores protectores y de riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Mérida usando el Modelo Conceptual de González-Forteza (1996). Este Modelo analiza el impacto del estrés percibido por el joven, así como la contribución de sus recursos internos (autoestima, locus de control e impulsividad), de sus recursos externos (relación con el papá, relación con la mamá y apoyo social), así como el papel que juegan sus formas habituales para enfrentar los estresores en la configuración de su estado emocional (depresión y/o ideación suicida) (ver Figura 7).

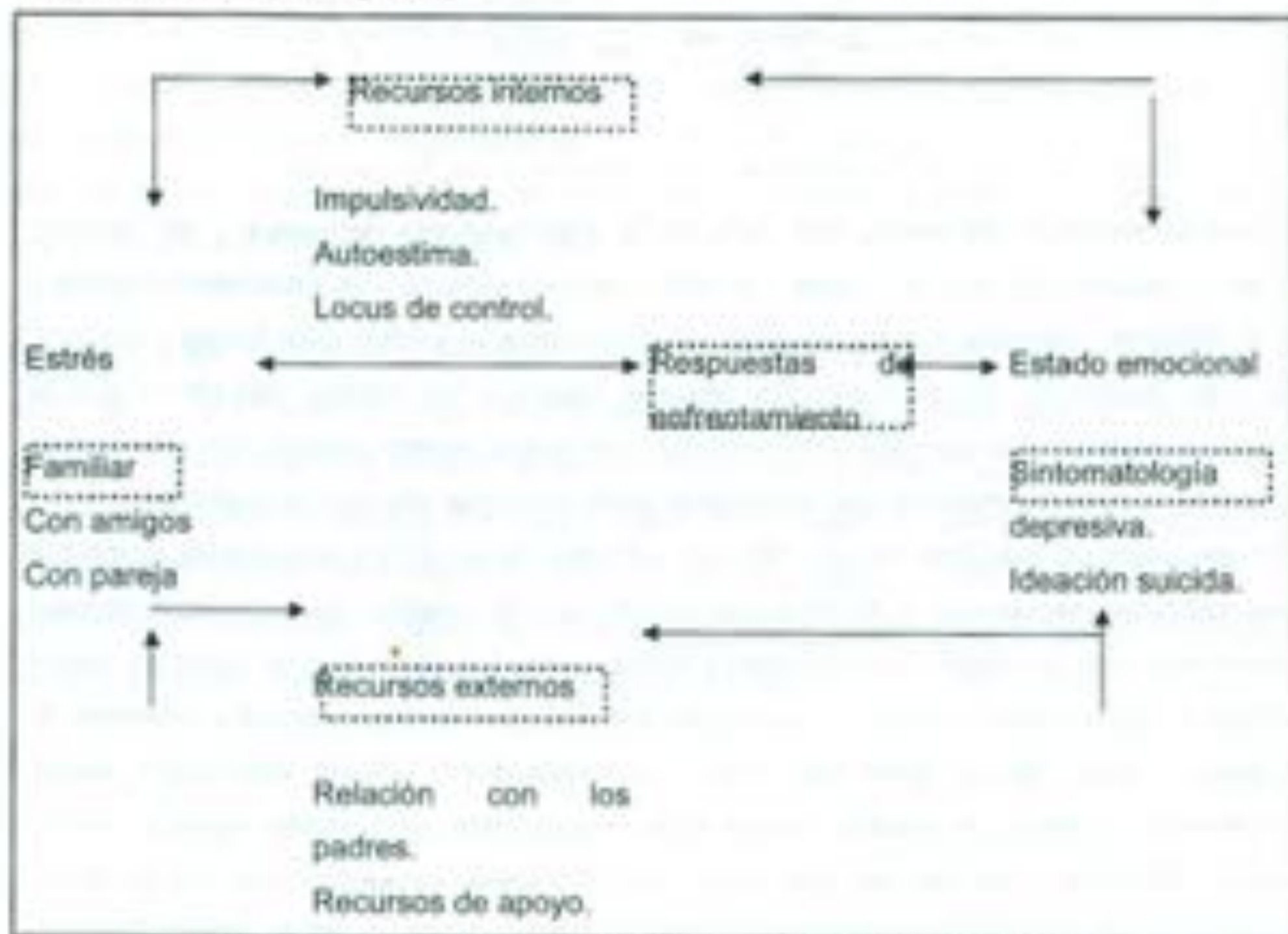


Fig. 7. Modelo Conceptual Hipotético propuesto por González-Forteza (1996).

Dicho Modelo fue probado anteriormente en estudiantes de secundaria y preparatoria de la Ciudad de México, encontrando que los factores de riesgo suicida en ambos sexos son el impacto estresante de los conflictos cotidianos en las áreas familiar y de mejor

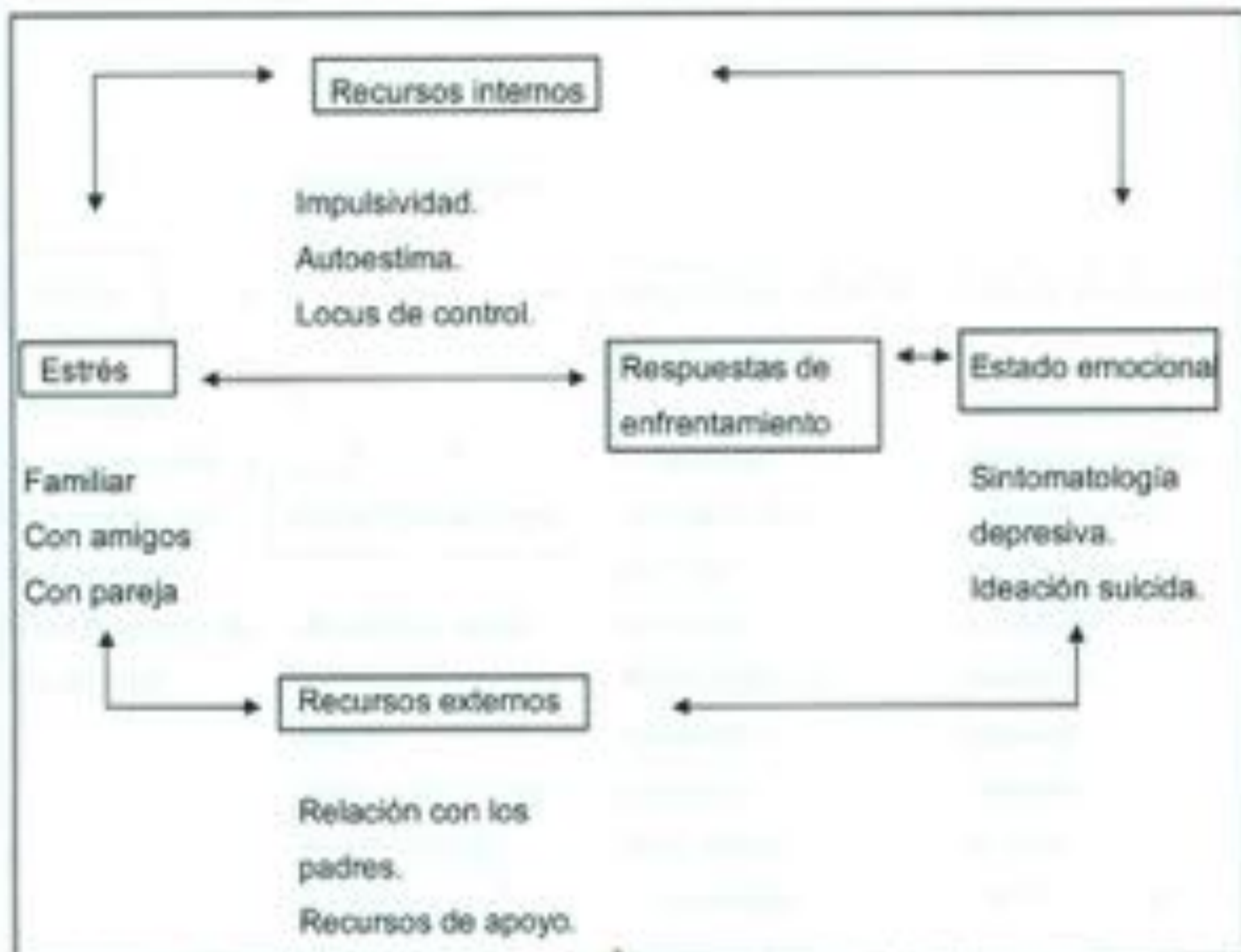


Fig. 7 Modelo Conceptual Hipotético propuesto por González-Forteza (1996).  
 (Este cuadro sustituye a la figura 7 de la página 182)

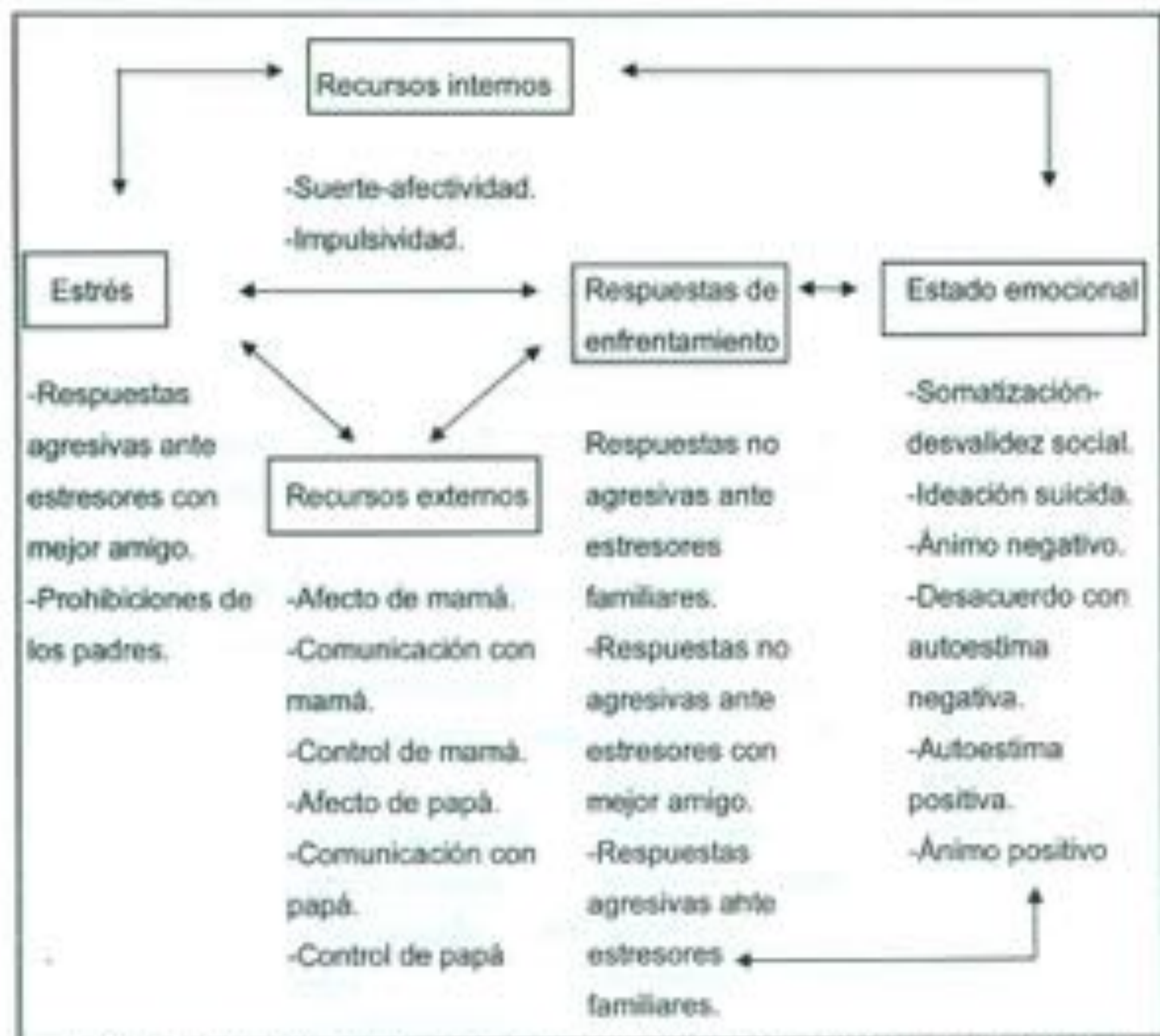


Fig. 8 Ubicación de las dimensiones resultantes en la muestra de Mérida según el Modelo Conceptual de González-Forteza (1996).  
(Este cuadro sustituye a la figura 8 de la página 193)

amigo(a), la baja autoestima, la evitación de las relaciones sexuales por temor al embarazo, a las enfermedades venéreas y al SIDA (con excepción de los hombres de secundaria), y el poner en práctica respuestas de enfrentamiento predominantemente agresivas (González-Forteza, 1996).

En la ciudad de Mérida, en los análisis en una muestra de 370 adolescentes se encontró que las variables se agruparon de manera diferente en el Modelo Conceptual de González-Forteza, 1996) (Serrano Pereira, 2003) (ver figura 8).

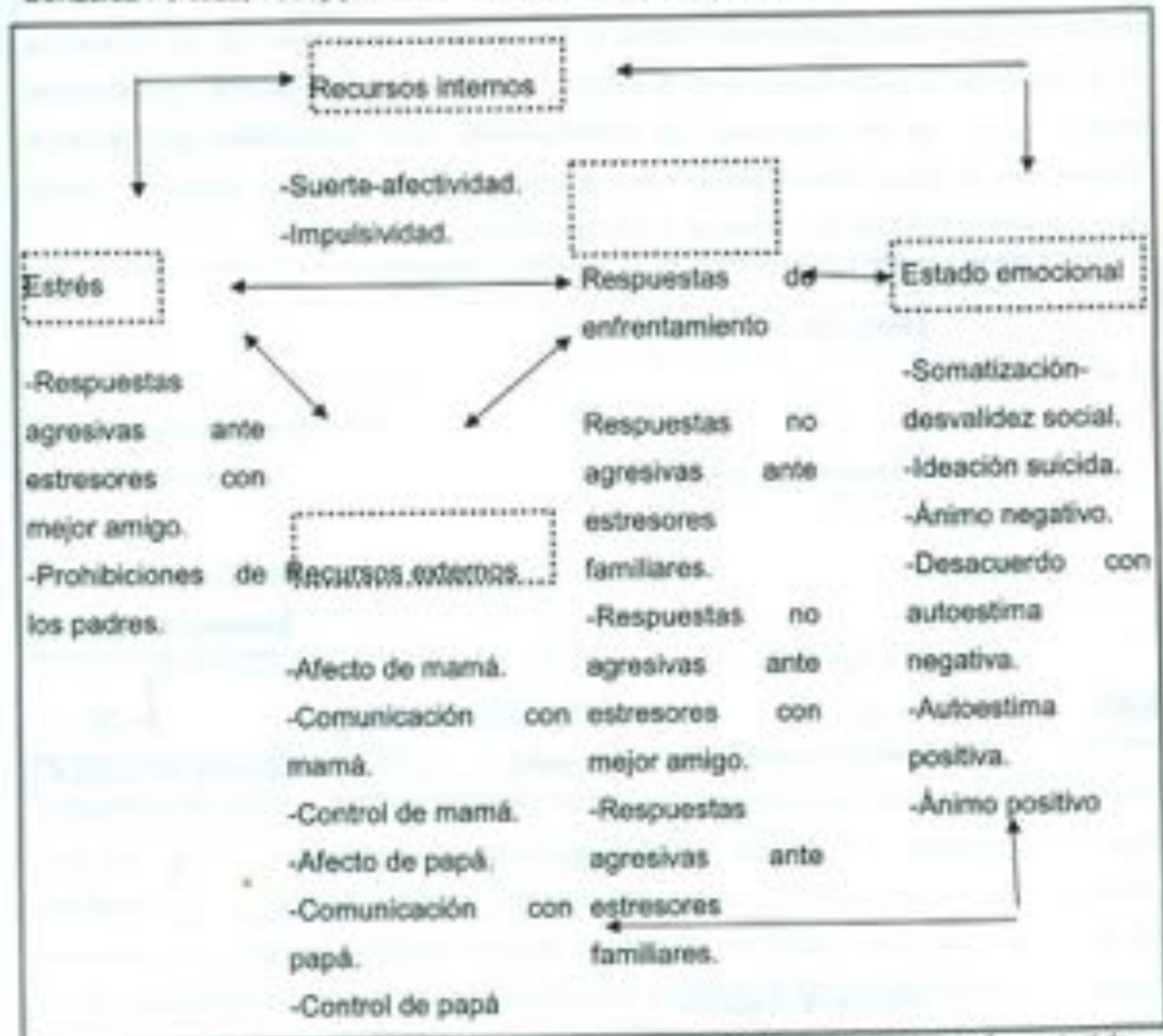


Fig.8. Ubicación de las dimensiones resultantes en la muestra de Mérida según el Modelo Conceptual de González-Forteza (1996).

Los resultados indican que en el mundo interior y exterior de los adolescentes de la ciudad de Mérida existen dimensiones de malestar emocional (caracterizado por tristeza, ideación suicida, ánimo negativo y somatización de la depresión, con tintes de desvalidez social), estrés (debido a las prohibiciones impuestas por los padres, conflictos con el

mejor amigo y el responder de manera agresiva ante esta situación), respuestas poco funcionales (que involucraron agresión de manera abierta o encubierta) para enfrentar los problemas familiares y con el mejor amigo, y, recursos internos negativos (externalidad e impulsividad). Asimismo, se observa en ellos dimensiones de bienestar emocional (autoestima y ánimo positivo), y, adecuadas relaciones con cada uno de sus padres (caracterizadas por afecto, comunicación y control) (Serrano Pereira, 2003).

Análisis posteriores encontraron que las dimensiones observadas en la muestra de Mérida se encontraban relacionadas entre sí. Se observó que a mayor uso de respuestas de enfrentamiento poco funcionales al estrés, mayor malestar emocional, que a mayor estrés, mayor uso de respuestas de enfrentamiento poco funcionales, que, a mejor relación con el papá, mejor relación con la mamá, y, que a mayor bienestar, menor malestar emocional (Serrano Pereira, 2003) (ver Figura 9).

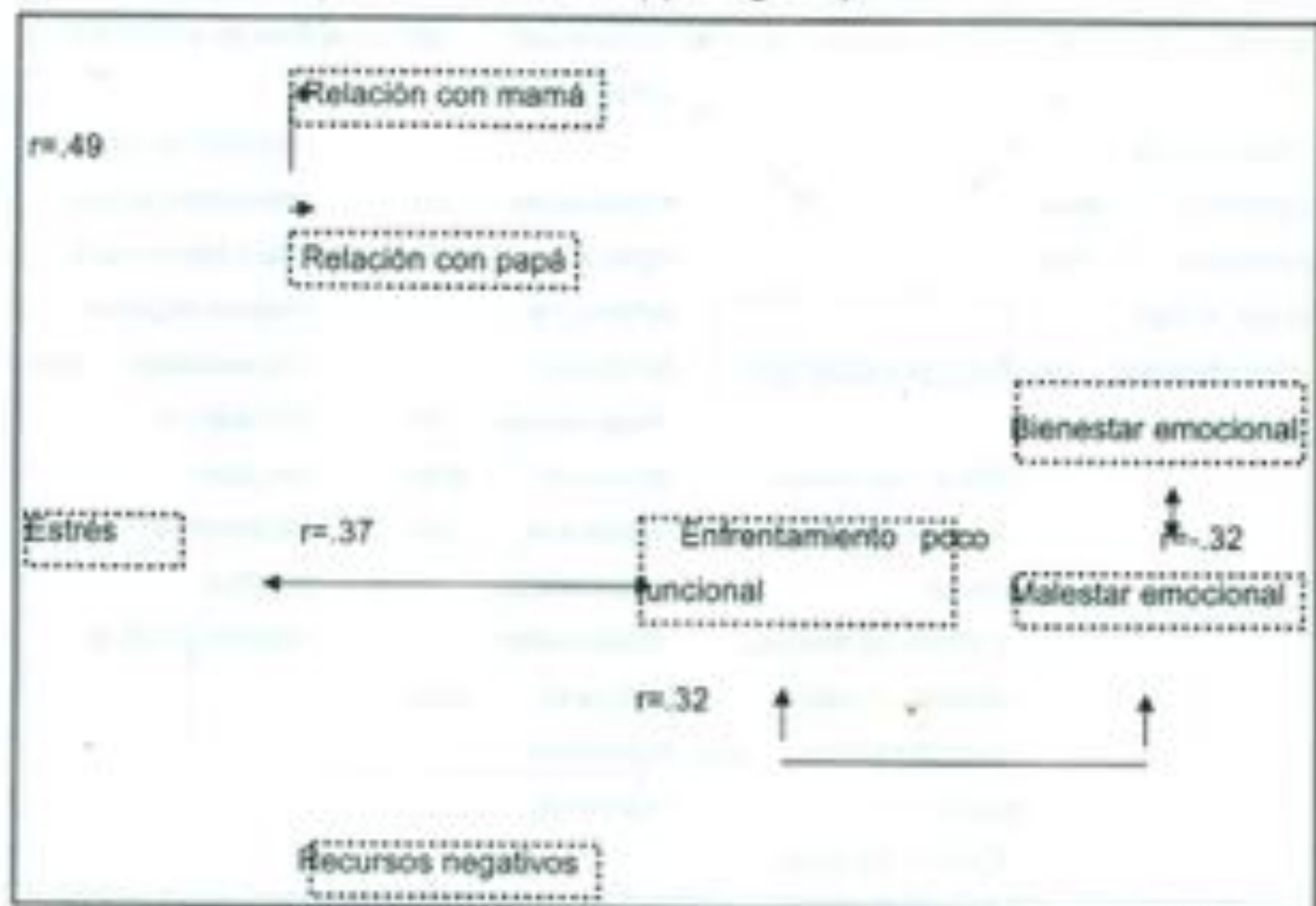


Fig 9. Relación entre las dimensiones del Modelo Conceptual de González-Forreza (1996) en la muestra de Mérida.

Las correlaciones anteriores permitieron realizar un análisis con el fin de predecir el riesgo suicida en adolescentes de Mérida. Se consideró como riesgo suicida, la dimensión conformada por síntomas de tristeza, somatización, desvalidez social, ideación suicida y ánimo negativo. Se encontró que las variables predictoras se relacionaban con la falta de



bienestar emocional y con el enfrentamiento poco funcional al estrés, es decir, los adolescentes de Mérida en riesgo suicida son aquellos con autoestima negativa, con falta de autoestima positiva y que ante estresores familiares utilizan respuestas de enfrentamiento de tipo agresivo y no agresivo (Serrano Pereira, 2003) (ver Figura 10).

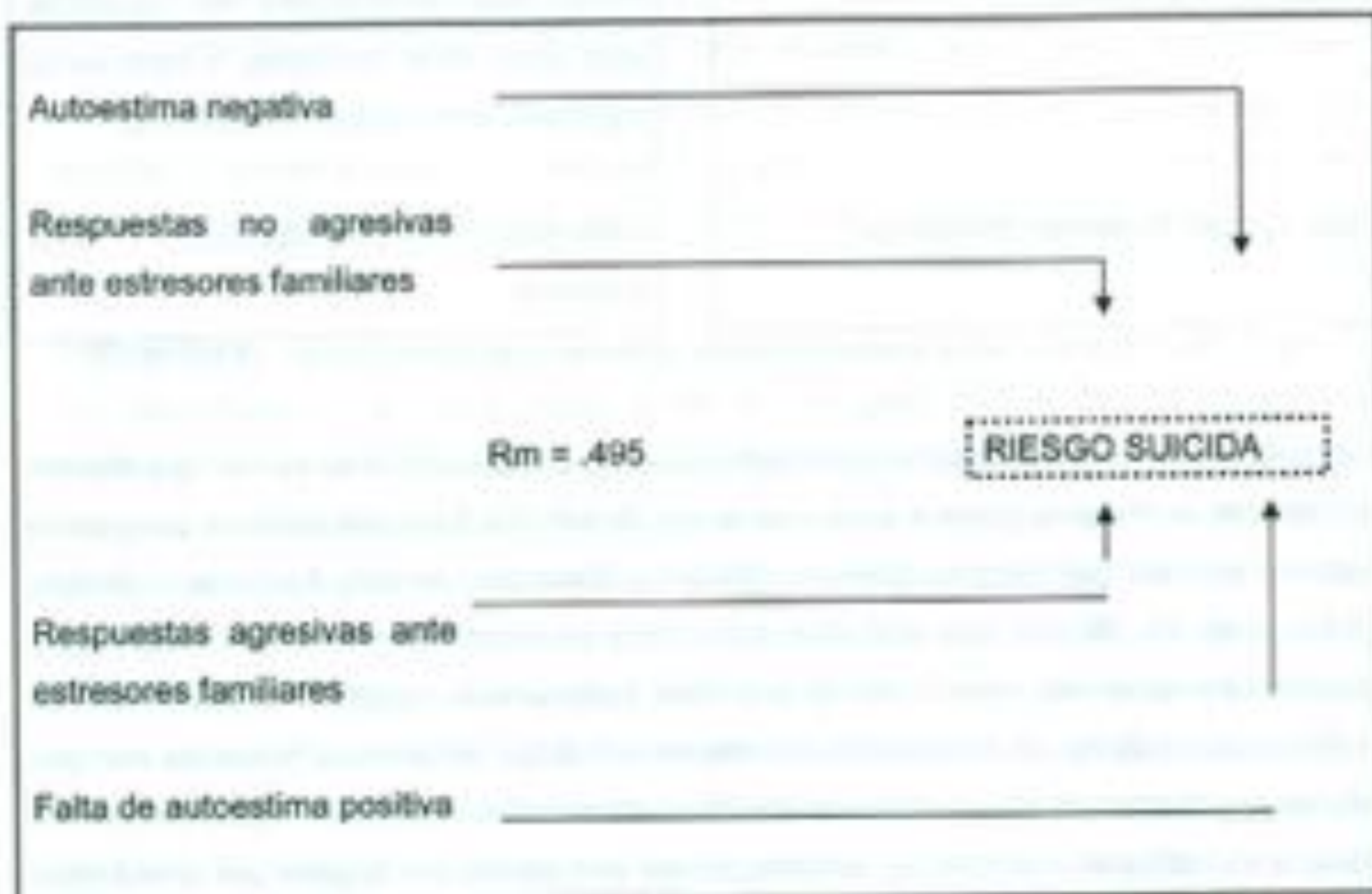


Fig. 10. Predictores del riesgo suicida en adolescentes de Mérida (Serrano Pereira, 2003).

Al integrar los resultados, Serrano Pereira (2003) identifica tanto los factores de riesgo, arriba mencionados, como los factores protectores en adolescentes de Mérida. Reporta que los jóvenes protegidos de manera directa del suicidio son aquellos con mayor autoestima y de manera indirecta aquellos con mayor bienestar emocional, asimismo, quienes se encuentran en riesgo suicida, son los que expresan respuestas agresivas así como respuestas no agresivas ante estresores familiares y de manera indirecta, quienes emplean respuestas poco funcionales para enfrentarse al estrés (Serrano Pereira, 2003) (ver Figura 11).

Factores protectores	Factores de riesgo
<p>Predictor: Autoestima.</p> <p>Relacionado: Bienestar emocional.</p>	<p>Predictores: Respuestas no agresivas ante estresores familiares y respuestas agresivas ante estresores familiares.</p> <p>Relacionado: Enfrentamiento poco funcional.</p>

Fig. 11. Factores protectores y de riesgo suicida en adolescentes de Mérida (Serrano Pereira, 2003).

Los datos anteriores resaltan el importante papel de la autoestima al ejercer sus efectos protectores de manera general en adolescentes de Mérida. Este resultado es congruente con lo expuesto por Vargas, Olivares, Miranda, Espinoza, Arroyo, Buitimea y Orduño (2002) quienes afirman que una alta autoestima desarrolla sentimientos amigables y confortables hacia uno mismo, ayuda a sortear óptimamente cualquier circunstancia, se facilita el aprendizaje de habilidades, se mejora el trabajo, aumenta el bienestar con uno mismo, las relaciones interpersonales resultan más satisfactorias, se respetan los valores básicos individuales y colectivos, además de ser una de las claves para que el individuo logre un desarrollo psicológico, social y físico verdaderamente saludable. Por tanto, la autoestima impacta en el estado emocional, especialmente cuando ésta es sólida y contribuye a la fortaleza psicológica de las personas. Jiménez Tapia, Mondragón Barrios y González-Forteza (2000) encontraron relación entre la baja autoestima y la expresión depresiva entre los adolescentes (González-Forteza, 1996; González-Forteza y Ramos Lira, 2000).

En cuanto a los factores de riesgo, el más frecuentemente detectado lo constituye el enfrentamiento poco funcional al estrés, el cual se considera por algunos autores como el mayor problema de las personas suicidas, ya que carecen de técnicas de enfrentamiento suficientes y efectivas para superar las situaciones que le provocan cargas de estrés (Clemente y González, 1996).

Los puntos anteriores parecen ofrecer un panorama más claro de la configuración del malestar-bienestar emocional en los adolescentes de Mérida. El malestar emocional fue considerado en este estudio como el que ocasiona un mayor riesgo suicida debido a que

su estructura incluye los síntomas de la depresión y de la ideación suicida. El riesgo suicida en estos adolescentes parece estar determinado por el enfrentamiento al estrés de manera poco funcional, particularmente de las respuestas agresivas y no agresivas en el área familiar. Por otro lado, lo que parece proteger a estos jóvenes del riesgo, es un nivel adecuado de autoestima, así como la percepción de un bienestar emocional. En este punto cobra especial interés la familia y todas aquellas instituciones que favorezcan el sentido del valor personal en los adolescentes y el aprendizaje de formas más adecuadas, directas y constructivas para enfrentar el estrés, estos puntos parecen marcar la diferencia en el malestar-bienestar de los adolescentes (Serrano Pereira, 2003).

### Conclusión

Los resultados de la investigación sobre la conducta suicida de los adolescentes yucatecos, en primer lugar, señalan en cuanto al significado de suicidio, que éste es negativo, sin embargo, para los adolescentes urbanos significa problemas y locuras (causas), y para los rurales representa ahorcado y ahogado (método). Por los resultados que arrojó el modelo teórico de Acción Razonada aplicado a la intención de suicidarse indica, que la familia y los amigos son los patrones de referencia social de los adolescentes, éstos también indicaron que el suicidio es una locura y que no piensan en ello (creencias conductuales), también revelaron que personas importantes para ellos (creencias normativas) piensan que el suicidio es una locura. Estos resultados señalan el rechazo al suicidio en este grupo de edad en Yucatán, y la crisis existencial por la que atraviesa el adolescente que está en un proceso de elaboración de alguna conducta suicida por todo lo que implica en cuanto valores, seres queridos y respeto a sí mismo. La ideación suicida, la planeación, elección del método para suicidarse, opinión de los padres de si el suicidio resuelve los problemas y la actitud hacia la vida del adolescente, constituyen hasta el momento las variables más cercanas para predecir la intención que un adolescente tiene de suicidarse.

Los resultados confirman la importancia del apoyo familiar ante los problemas difíciles y la depresión en la adolescencia, ya que en esta etapa se formulan juicios con relación a la realidad social y familiar, por lo que la aceptación positiva incondicional constituye un factor protector del suicidio. Los jóvenes que perciben mayor afecto y mejor comunicación con su padre son los que reportan menores síntomas de tristeza, menos ánimo deprimido, reducción en somatización y desvalidez social. En general, lo resultados obtenidos con el modelo propuesto por González-Forteza (1996) en Yucatán reveló que el tipo de relación

paterna que se caracteriza por la expresión de los afectos, el favorecimiento de espacios para la comunicación y un adecuado control, se asocia con menor sintomatología suicida y descenso en la ideación suicida; de acuerdo con estos resultados, los adolescentes que están en riesgo son los que tienen autoestima negativa y que ante estresores familiares utilizan respuestas de enfrentamiento de tipo agresivo; en otro sentido, los adolescentes con alta autoestima y mayor bienestar emocional están protegidos.

Los resultados obtenidos hasta el momento permiten identificar factores protectores del suicidio y diseñar modelos de intervención que maximicen los factores protectores y que minimicen los factores de riesgo en la población de adolescentes yucatecos.

## Referencias

- Alonso Angulo, G. (1981). Algunas ideas para el estudio del suicidio. Yucatán: Historia y economía. *Revista de estudios económicos y sociales del centro de investigaciones regionales Dr. Hideyo Noguchi*. No. 24. 3-18.
- Balan Pereira, G. (1990). El suicidio en Yucatán. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. (5). 55-59.
- Boletines del programa "Salvemos una vida". (1995 y 1996). Asociación Yucateca de Salud Mental. A. C. Mérida Yucatán.
- Campos, R. (2002). La relación con el padre y el riesgo suicida en adolescentes (Reporte preliminar de investigación). [CD-ROM]. Memorias del II Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología. VI Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana. Puebla, noviembre de 2002.
- Cárdenas González, P. (2002). Diferencias en adolescentes con y sin intento de suicidio en la relación emocional con sus padres. *La Psicología social en México*, Vol. 9, p. 541-545.
- Cleiren, M., Diekstra, R., Kerkhof, A. y Vander Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how". [CD-ROM]. *Crisis*. 5 (1) 22-36 Resúmen de: PsycLIT Database Copyright 1996 American Psychological Assn. Identificador: 34 de 103.
- Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Madrid. Biblioteca nueva.
- Collí Ch., E. (1988). Tentativa de suicidio: estudio realizado con pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico "Yucatán" en el año de 1988, Mérida, Yucatán. Tesis de

Licenciatura no publicada. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán.

Chay Cárdenas, M. A., (2002). Conocimientos, actitudes y propuesta de intervención en personas suicidas. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán.

De Landa, D. (1959-1982). Relación de las cosas de Yucatán. Poriva: México.

Díaz-Guerrero, R. (1994). Psicología del Mexicano. México: Trillas.

Díaz-Guerrero, R. (1996). La Etnopsicología en México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XII, (1 y 2). 1-13.

Dyck-Murray, J. (1991). Positive and negative attitudes mediating suicide ideation. [CD-ROM]. *Suicide and life threatening behavior*, 4 (21) 360-373. Resumen de: SilverPlatter Database Archivo PsycLIT, identificador: 79 de 41534.

Fishbein, M. y Azjen, I. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice-Hall.

Gómez C. C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19 (1), 284-288.

Góngora Coronado, E. A. (2000). El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

González, B. y Medina, V. (1993). El significado psicológico del suicidio para adolescentes. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Forteza, C. y Ramos Lira, L. (2000). Una evaluación de la escala de autoestima de Rosenberg en adolescentes estudiantes. *La Psicología social en México*, Vol. VIII, p. 290-296.

González-Forteza, C. y Saldivar, G. (1998). El afecto de papá: un componente para la salud emocional de los adolescentes. *La Psicología social en México*, Vol. VII, p. 243-247.

Guzmán, M. (1997). Dinámicas sociales, salud y poder: un análisis antropológico de las concepciones de salud y enfermedad en una comunidad maya de Yucatán. En

- Lara, C. (comp.). *Identidades sociales en Yucatán. Obras antropológicas de la Facultad de Antropología. Universidad Autónoma de Yucatán.*
- Hadad, L. (2000). *Depresión y suicidio. Mesa redonda del marco de las medicadas 2000. Mérida, Yucatán, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán.*
- Hoyón, V., Ingoyen, R., Ruz, M. y Lara, L. (1977). *Enciclopedia Yucatanense. Tomo II. Mérida Yucatán. Edición Oficial del Gobierno del Estado.*
- INEGI. (2005). *Registros electrónicos del suicidio en México. De <http://www.inegi.gob.mx/libi/buscador/busqueda.asp?whichpage=1&pagesize=10&texto=suicidio&tipo=1&s=est&seccionB=it&emlu=&noReg=1> Consultado el 21 de febrero de 2005.*
- Jiménez Tapia, J., Mondragón Barrios, L. y González-Forteza, C. (2000). *Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. La Psicología Social en México. Vol. VIII, p. 185-191.*
- Linehan, N., Goodstein, J., Nielsen, S. y Chiles, J. (1983). *Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51, 276-286.*
- Maciel Lunfán, Y. (1997). *Alucinosis alcohólica e intento de suicidio. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán.*
- Ovuga, E. B. y Mugisha, F. X. (1990). *Attitudes and psychological characteristics of suicidal individuals. [CD-ROM]. Crisis. 1 (11) 60-72 Resumen de: Silver Platter Archivo: PsycLIT Database, identificador: 77 de 3196.*
- Pinto Loria, M. L. (1998). *Actitud hacia la vida en personas suicidas y no suicidas. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán.*
- Pinto Loria, M. L. (2000). *Variables predictoras de la intención conductual de suicidio en adolescentes Yucatecos mediante la Teoría de la Acción Razonada. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán.*
- Pinto, L. L. y Flores, G. M. (2000). *Significado psicológico de vida, muerte y suicidio en adolescentes yucatecos. Ponencia presentada en el VIII Congreso Mexicano de Psicología Social y I Congreso Mexicano de Relaciones Personales celebrado del 25 al 27 de Octubre en Guadalajara, Jalisco.*
- Pinto, L. L. y Flores, G. M. (2000b). *Creencias asociadas al suicidio en adolescentes en la ciudad de Mérida, Yucatán. Ponencia presentada en el XXVII Congreso Nacional del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. "La*

Psicología del Nuevo Milenio<sup>o</sup> celebrado los días 5, 6, y 7 de Abril en la Ciudad y Puerto de Veracruz.

- Programa Integral de atención al Suicidio (PIAS) (Octubre 2000). Hospital Psiquiátrico Yucatán. Datos no publicados.
- Puga, M. L. (1997). Geografía médica del suicidio en Yucatán. *Salud Mental de Yucatán. Boletín Científico del Hospital Psiquiátrico Yucatán*, 1 (1), 19-20.
- Rodríguez de Sala, M. (1973). El suicidio en México. Cuadernos de sociología. DT.
- Serfaty, E.; Andrade, J.; Aquila, H.; Boggui-Bogero, H.; Massautis, A. y Foglia, V. L. (1994). Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones residentes en la ciudad de Buenos Aires. *Psiquiatría*, 10 (3), 91-95.
- Serrano Pereira, M. G. (1999). Diferencias en la evaluación del suicidio entre suicidas y no suicidas. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Serrano Pereira, M. G. (2003). Suicidio: factores protectores y de riesgo en adolescentes de Mérida. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Serrano Pereira, M. G. y Flores Galaz, M. M. (2002). La mitica del suicidio. [CD-ROM]. Memorias del 29 Congreso y 70 Asamblea del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. San Luis Potosí, abril de 2002.
- Serrano Pereira, M. G. y Flores Galaz, M. M. (2003). El afecto del padre: su influencia en la sintomatología depresiva en adolescentes. *Psicología iberoamericana*, Vol. 11, No. 3, p. 161-167.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México, El Manual Moderno.
- Thompson, E. (1970-1975). *Historia y religión de los mayas*. México: Siglo XXI.
- Torre Aguilar, J. C. (1978). Revisión de 52 casos de intento de suicidio y suicidio completado en el Hospital Escuela O'Horán del 1o. de Julio de 1976 al 30 de Junio de 1977. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Valdéz, M. J. (1998). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vargas, G., Olivares, K., Miranda, Y., Espinoza, J., Arroyo, E., Buitimea, J. y Orduño, G. (2002). Autoestima, calidad de vida y actitud hacia la muerte en adolescentes. [CD-ROM]. Memorias del 29 Congreso y 70 Asamblea del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. San Luis Potosí, abril de 2002.

### 3. CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y ADICCIONES



## Consumo de cerveza en una muestra de estudiantes universitarios sonorenses

Aldo Bazán Ramírez<sup>1</sup>, Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Pablo Alejandro Reyes Castro, Instituto Tecnológico de Sonora

María del Pilar Campoy Monroy, Instituto Tecnológico de Sonora

### Resumen

El cambio en los patrones culturales en el consumo de la cerveza en la población mexicana ha cambiado. Actualmente, se ha intensificado este consumo hacia las mujeres y los adolescentes. Debido a características propias en la etapa adolescente, los jóvenes se han convertido en una población en constante riesgo. Este estudio es llevado a cabo con 83 estudiantes universitarios del Estado de Sonora, al norte de la república mexicana. Los resultados de esta investigación señalan que la ingesta de la cerveza como bebida alcohólica es un consumo generalizado en los estudiantes universitarios y, también, una forma de socialización importante. Se observa que la falta de oportunidades en los jóvenes para el uso útil del tiempo libre incrementa el consumo de esta bebida.

**Palabras clave:** cerveza, alcoholismo, estudiantes universitarios, riesgo psicosocial.

### Introducción

Consumir alcohol en una nación como México, es representativo de distinción, bajo lo cual se sostiene la identidad de un modelo masculino adulto, el cual asocia el consumo con la embriaguez. Por mucho tiempo se identificó a la población masculina adulta como el foco de atención al referirse al consumo de bebidas alcohólicas. En la actualidad, los patrones presentados por estos sujetos se han ido replicando por dos poblaciones de importancia: las mujeres y los adolescentes (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

Debido a características propias de la etapa por la cual transitan, los adolescentes se han convertido en una población en constante riesgo en la que el alcohol sólo representa un factor de los tantos que rodean su entorno. Envuelto el consumo en un ambiente social

---

<sup>1</sup> Aldo Bazán es doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, maestro en Psicología por la UNAM FES Iztacala, y licenciado en psicología por la Universidad Federico Villarreal de Lima, Perú. Es profesor investigador en la Facultad de Psicología de la UAEM, Cuernavaca. E-mail: aldo78@yahoo.com.mx

Pablo Reyes es profesor auxiliar del Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología. María del Pilar Campoy es egresada de Psicología en el Instituto Tecnológico de Sonora.

permisivo, los riesgos que conlleva se han vuelto un reto en su estudio e intervención para las distintas disciplinas relacionadas con la salud pública. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado relaciones significativas entre la imagen social que se tiene de las personas que consumen alcohol, y el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, quienes son más propensos a involucrarse en conductas de riesgo cuando ellos perciben al consumo de alcohol como algo positivo o bueno.

En este contexto, la familia y las interacciones con los coetáneos influyen de manera significativa en el desarrollo del consumo de alcohol en los adolescentes (Blanton, Gibbons, Gerrard, Conger, & Smith, 1997; Chassin, Tezloff & Hershey, 1985). Asimismo, tanto el consumo de alcohol por parte de los padres y/o de otros miembros de la familia, así como el grado de relaciones con sus padres especialmente en relación al consumo del alcohol, influyen en la iniciación de los adolescentes en el consumo de alcohol (Andrews, Hops & Duncan, 1997; Ary, Tildesley, Hops & Andrews, 1993). Un estudio longitudinal de 5 años en el sur de la unión americana (Goldman y Darkes, 2004), mostró que la aceptación social y la valoración positiva respecto del consumo del alcohol, son variables que influyen significativamente en la continuación en el uso del alcohol en estudiantes universitarios. Por otra parte, Anicama, Mayorga, y Henostroza (2004) señalan que los factores protectores del consumo de drogas en estudiantes adolescentes son: compartir momentos gratos con la familia, el ser populares y aceptados por sus amigos (aceptación social), y el estar informado sobre las consecuencias del uso de drogas.

Si bien la adolescencia es una etapa circunscrita bajo ciertos criterios cronológicos y también de orden social, es un hecho que en la realidad esto no es del todo así. Su tiempo de inicio puede ser más evidente debido a razones biológicas, en cambio, el tiempo de transición se vuelve una especie de espectro por el cual el individuo tiene que pasar hasta llegar a la adultez. Inclusive autores como Arnett (2000) señalan que el periodo entre los 18 y 25 años que anteriormente constituía la etapa en la que el ser humano asume la responsabilidad del adulto, hoy en día, se ha vuelto una etapa de prolongación de la adolescencia. Esta prolongación de la etapa se hace manifiesta al conservarse ciertas características propias del adolescente como son las conductas de búsqueda de riesgos.

El paso de la educación media superior a superior representa un cambio sustancial en hábitos sociales y culturales más, en ningún sentido, garantiza un cambio de etapa del desarrollo propiamente dicho al iniciar los adolescentes su primer día de clases en las universidades. Es así que aquellos adolescentes ubicados en una realidad universitaria se enfrentan a un entorno en el que siendo mayores de edad, pueden tener acceso a muchos "privilegios" propios de aquel que tiene una identificación que los señala como "apto" para ciertas responsabilidades y posibilidades de esparcimiento. Otros de ellos, fuera de sus casas por motivos de estudio, se enfrentan a una situación en la que no rinden cuentas directas a sus padres como lo tendrían que hacer aquellos que continúan viviendo dentro del seno familiar. En medio de este tipo de circunstancias, el adolescente universitario transita hacia la adultez hasta llegar a ella al alcanzar su completa independencia.

Aun cuando no se tomara en cuenta la concepción de Arnett acerca de la prolongación de la adolescencia, también denominada adultez emergente, la OMS ubica esta etapa en el tiempo comprendido entre los 10 y 19 años, lo cual da un margen de 2 años de vida universitaria dentro de esta etapa de transición. Muchos de los adolescentes que ingresan a la universidad, iniciaron el consumo de bebidas alcohólicas en etapas más tempranas, pero las estadísticas muestran que la prevalencia del consumo aumenta con la edad. Según datos reportados, de los 10 a 19 años el promedio en la prevalencia es de 11%. Desde los 15 años, 10% de los adolescentes consumen alcohol. Esta cifra se ve modificada a los 19 años en la cual la prevalencia asciende a 31%. (La salud de adolescentes en cifras, 2003)

Estos datos no son específicos para la población universitaria, pero al menos muestran como la edad juega un papel importante en los hábitos de consumo. De hecho, la Encuesta Nacional de Adicciones toma en cuenta como población adolescente sujetos de hasta 17 años debido a que los datos se ven modificados en gran manera al considerar que a los 18 años, el individuo posee la mayoría de edad, lo cual le permite legalmente comprar bebidas alcohólicas y tener acceso a lugares de esparcimiento en los cuales se consumen. De esta forma, estudios como el de Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Castro y Juárez (2002) muestran que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor de la mitad del de los que tienen 18 años o más.

### Impacto del consumo de alcohol y conductas de riesgo

En tiempos de una transición epidemiológica, datos como la mortalidad y la morbilidad van siendo modificados por distintos factores. Las enfermedades infecto-contagiosas que en otro tiempo influenciaban en gran manera las tasas de mortalidad del país, han cedido terreno gracias al desarrollo de la medicina. En 1955 la tasa bruta de mortalidad fue de 13.2, para el 2004 la tasa descendió a 4.5 (Secretaría de Salud, 2004). La población, hoy en día vive más años. La esperanza de vida en el país para el año 2003 fue de 74.9 años, 72.4 en hombres y 77.4 en mujeres (INEGI, 2004). Visto a simple vista, pareciera que el entorno se ha vuelto más favorable para los adolescentes, población que en general se considera como la más saludable. Si bien en muchos aspectos se podría considerar cierto, otro tipo de condiciones de salud son las que han entrado en juego en estos tiempos. Los avances de la ciencia y los nuevos estilos de vida propios de la época, han contribuido al desplazamiento de las enfermedades infecciosas y las complicaciones maternas dando paso a otro tipo de causas principales de mortalidad como lo son los padecimientos de tipo crónico-degenerativo, así como los accidentes y la violencia. Los adolescentes universitarios, en medio de este entorno se enfrentan, en cuestiones de salud, a un panorama en el que el consumo de alcohol se ha vuelto un comportamiento de riesgo que potencia la posibilidad de que sufran algún tipo de percance (Santos-Preciado, Villa-Barragán, García-Avilés, León-Alvarez, Quezada-Bolaños y Tapia-Conyer, 2003).

En términos generales, el consumo de bebidas alcohólicas por parte del mexicano se caracteriza por su poca frecuencia, pero también, por grandes cantidades de ingesta en los momentos de llevarse a cabo. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (1998), el 40 % de la población reporta patrones mensuales y semanales de consumo, en altas cantidades; esto es visto de manera más frecuente en poblaciones jóvenes. Lo anterior sugiere que, además de las implicaciones físicas que resultan de manera directa, es importante tomar en cuenta otro tipo de consecuencias resultantes del consumo excesivo. Frenk (1999) reporta que en la población general algunas consecuencias asociadas al consumo de alcohol son la cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%) (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

De manera particular, en población adolescente, estos datos toman relevancia. Según datos reportados por el INEGI (2001), la principal causa de defunción en el rango de edad de 15 a 29 años son los accidentes, obteniendo un 37.3% los hombres y 19.1% las mujeres. En homicidio y lesiones inflingidas por otra persona, los hombres obtienen un 17.1% y las mujeres un 5.7%. Aunado a esto, el 2.8% de los varones mueren por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. La cuestión crítica del consumo de alcohol en los adolescentes, más que la dependencia alcohólica (la cual se considera baja), se refiere al abuso del consumo de alcohol por ocasión, haciendo de los accidentes y la violencia, los principales focos de atención. A la luz de estos datos, el consumo de alcohol en adolescentes, se vuelve un asunto importante en la medida que como conducta implica ciertos riesgos.

Medina-Mora, Natera y Borges (2002) presentan diversos datos por medio de los cuales muestran como los accidentes representan una situación importante que está presente de forma constante en la dinámica de vida del adolescente y cómo esto se puede ver vinculado con el consumo de alcohol. En su reporte, primeramente presentan datos de la Secretaría de Salud, en los que se puede observar que las poblaciones más jóvenes son más susceptibles de morir por accidentes. De esta forma, para el año de 1994, el 10% de las defunciones ocurridas en accidentes de tránsito en vehículos de motor, se presentaron por individuos de entre 15 y 19 años, alcanzando el máximo porcentaje (13%) en la edad de 20 a 24. Relacionado con esto, en distintos estudios realizados en el país, se observó que por cada cinco ingresos a hospitales por motivos traumáticos, uno presentaba niveles positivos de alcohol en la sangre.

Algunas otras situaciones de riesgo características del adolescente en las que se involucra el alcohol son los actos delictivos y suicidas, así como las relaciones sexuales bajo los efectos de bebidas embriagantes (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer, 2001), situación que abre la puerta a la falta de protección sexual, por consiguiente un mayor riesgo de embarazos no deseados y contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Incluso, algunos modelos teóricos, señalan al consumo de alcohol como una "puerta de entrada" a otras drogas. En un estudio realizado con estudiantes de Morelos, se observó que los varones ya iniciados en el consumo de alcohol o tabaco, tienen nueve veces más

de probabilidades de consumir otras drogas en relación a varones no consumidores. Por su parte, las mujeres consumidoras tienen tres veces más de riesgo que los varones no usuarios (Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges y Lazcano-Ponce, 2004).

¿Por qué consumen alcohol los adolescentes universitarios?, para contestar una pregunta como está, quizá valdría la pena preguntarse ¿qué espera el adolescente universitario al consumir alcohol? Dicho de otra forma, ¿cuáles son sus expectativas? En un estudio con estudiantes universitarios de la ciudad de México, utilizando modelos de ecuaciones estructurales, se buscó indagar sobre la relación de las expectativas de los estudiantes con respecto a consumo de alcohol (Mora-Ríos y Natera, 2001). De esta forma, se encontró que los estudiantes que presentaban un consumo alto y los que mostraban problemas de consumo, presentaron mayores puntajes en cuanto a expectativas.

El alcohol como facilitador social fue la expectativa principal. Expectativas del alcohol como reductor de la tensión y como agente que incrementa la conducta agresiva se relacionó con estudiantes con patrones de consumo más problemáticos. Otro dato importante encontrado en este estudio es el siguiente: los varones reportaron expectativas de mejor desempeño sexual, tanto en sí mismos como en personas del sexo opuesto, disminuyendo la expectativa con la edad.

Por otra parte, no se puede dejar de lado que el consumo de alcohol es también una conducta que se desarrolla en entornos sociales que pueden estimularla o reprimirla. El consumo en México entre los estudiantes está vinculado a situaciones de interacción social y esta a su vez es de gran importancia como elemento esencial en las actividades placenteras (Lloyd y Auld, 2002). En un estudio realizado por Maltzman y Schweiger en 1991, se sugiere que los jóvenes consumidores tienen relaciones familiares más disfuncionales en parte relacionadas a una menor participación en actividades sociales, culturales y recreativas, satisfactorias y mutuamente compartidas (Rojas-Guiot, Fleiz-Bautista, Medina-Mora y Morón, 1999). Aunado a esto, existe cierta relación entre aburrimiento y habituación alcohólica (Zuckerman, 1979; Rodríguez, 1998).

Para el caso del adolescente sonorense, lograr este tipo de participación social resulta ciertamente difícil, debido a la falta de oportunidades de logro ofrecidas por parte de la

sociedad, la familia y la comunidad en general, reflejándose esto en un deterioro de su experiencia emocional positiva (Vera, Laborín, Domínguez y Peña, 2003).

Con el fin de obtener datos que ayuden en la comprensión de la situación del uso de bebidas alcohólicas, como un primer acercamiento, el siguiente estudio pretende indagar acerca de los patrones de consumo de cerveza, en una muestra de estudiantes universitarios del Instituto Tecnológico de Sonora.

## **Método**

### **Sujetos**

83 estudiantes de diferentes semestres del Instituto Tecnológico de Sonora, quienes cursaban la materia "Desarrollo Personal I" o la materia "Desarrollo Personal II" de formación general, como parte del curso de verano 2000. Del total de la muestra, 52 (62.7%) fueron mujeres, y 31 (37.3 %) varones, 78 solteros y 5 casados. El 61% de la muestra (51 estudiantes) habían completado de uno a cuatro semestres académicos, y 39% (32 estudiantes) habían completado de 5 a 9 semestres.

### **Procedimiento**

Se aplicaron cuestionarios que indagaban sobre frecuencia de consumo de cerveza, medido en número de botas de cerveza consumidos a la semana, la edad en que consumió cerveza por primera vez, y sobre la edad, el semestre actual, y estado civil. Dos asistentes aplicaron los cuestionarios en la cafetería de la universidad, durante tres días, de 10.00 a 13.00 horas. Se anotaba el número de matrícula solamente para tener control de que un estudiante no respondiera el cuestionario más de una vez.

### **Presentación y análisis de resultados**

En la Tabla 1 se puede observar que 38 estudiantes (46%) tienen entre 18 y 19 años de edad, 36 estudiantes (43%) tienen entre 20 y 21 años de edad, y 9 (11%) tienen entre 22 y 23 años de edad. Estos datos indican que el 89 % de los estudiantes encuestados tienen 21 años o menos, es decir, que la mayoría se encuentra en la adolescencia tardía.

Tabla 1. Número de estudiantes por grupos de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
18	18	21.7 %	21.7 %
19	20	24.1 %	45.8 %
20	23	27.7 %	73.5 %
21	13	15.7 %	89.2 %
22	4	4.8 %	94.0 %
23	5	6.0 %	100.0 %
Total	83	100.0 %	

Se encontró que de los 83 estudiantes que conformaron el total de la muestra, el 63% (52) había consumido cerveza u otra bebida alcohólica, al menos una vez en su vida. Si bien es cierto que el promedio de edad de inicio en el consumo de alcohol es de 16.32 (15.79 límite inferior y 16.94 límite superior, del intervalo de confianza al 95%), lo cual indica un inicio relativamente tardío en el promedio de edad de inicio del consumo, aproximadamente el 33% (17 estudiantes) que declaran haber consumido cerveza, lo habían hecho ya antes de cumplir los 16 años de edad. En esta muestra, el rango de edad en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas varió de 12 a 23 años, pero los grupos de edad en el inicio de consumo con más altas frecuencia fueron, los 16 años (11 estudiantes) y los 18 años (11 estudiantes). También se encontró que aproximadamente entre el 25% y 30% de los consumidores de cerveza se inician en los primeros semestres de la vida universitaria, y aproximadamente más del 65% de los consumidores se han iniciado antes de llegar a la universidad.

Este aspecto es de suma importancia en la elaboración de los programas de orientación y servicios de apoyo a los estudiantes universitarios. Puesto que al menos en esta muestra de estudiantes, los programas de orientación - llámese cursos de Desarrollo Personal -, actividades de desarrollo cultural y deportivo como opciones del uso socialmente útil del tiempo libre como prevención del consumo de alcohol y de otras conductas que compitan con el desarrollo académico e integral del estudiante, son demasiado tardíos al menos para aproximadamente más del 50% de estudiantes que ingresan a la universidad, dado que ellos ya traen un historial bastante amplio en cuanto a cantidad y tiempo de consumo de bebidas alcohólicas. En esta muestra se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa (0.53,  $P < 0.01$ ) entre la cantidad de botes de cerveza



consumidos por semana, y el tiempo en años que un estudiante lleva consumiendo bebidas alcohólicas. Estos datos parecen sugerir que cuanto más joven un estudiante se inicia en el consumo de cerveza, consumirá mayor número de botas de cerveza, es decir, mayor cantidad de bebida alcohólica.

En cuanto a la variable sexo de los estudiantes, al tomar solamente el grupo de los 52 estudiantes consumidores de cerveza (26 varones y 26 mujeres) el promedio de edad de inicio en estudiantes varones fue de 16.88 y el promedio de edad de inicio en mujeres fue de 15.85, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de acuerdo con el sexo. Al comparar la cantidad de consumo de cerveza en la muestra total (83 estudiantes, 52 varones y 31 mujeres), se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo. En promedio, las mujeres consumen 2.10 botas de cerveza por semana, y los varones consumen 5.06 botas por semana. Sin embargo, cuando se tomó solamente al grupo de 52 consumidores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de botas a la semana que consumen los varones (5.50) y el promedio de botas a la semana que consumen las mujeres (3.70).

Los datos muestran que el 50% de las estudiantes universitarias entrevistadas, consumen bebidas alcohólicas al menos una vez por semana, y en cambio, el 84% de los estudiantes varones universitarios entrevistados, consumen bebidas alcohólicas. Este estudio carece de datos adicionales para poder hacer inferencias respecto a los factores que podrían estar influyendo sobre el consumo mayoritario en los estudiantes varones.

Otro aspecto que es necesario tomar en cuenta es la no diferencia estadísticamente significativa en el número de botas de cerveza consumidos por mujeres y por varones en esta muestra de estudiantes universitarios. Al menos en esta muestra, al parecer el consumo de cerveza es una práctica generalizada en la mayoría de universitarios varones y en la mitad de estudiantes mujeres, y cuando se hacen consumidores, las mujeres pueden llegar a consumir cantidades parecidas a lo que sus pares varones consumen.

Los datos muestran que el 63% de los estudiantes universitarios sonorense encuestados entre los 18 y 23 años de edad, consumen cerveza o han consumido al menos una vez. Si bien es cierto que en este estudio no hemos explorado cuáles son los factores predictores

para el consumo de cerveza en este grupo de estudiantes universitarios, podemos señalar algunos factores que podrían estar asociados con el consumo de la mayoría de los estudiantes de esta muestra, por ejemplo, la oferta de bebidas alcohólicas, los patrones de socialización respecto al consumo de cerveza, y las condiciones para el uso socialmente útil del tiempo libre, en el sur de Sonora.

En Ciudad Obregón la bebida alcohólica más consumida es la cerveza y existen en toda la ciudad y alrededores, una gran cantidad de expendios que comercializan cerveza, además, en el sur de Sonora se encuentran las fábricas de las dos principales compañías cerveceras del país. Esta abundante oferta de la cerveza en Ciudad Obregón, y en otras ciudades cercanas de donde provienen también los estudiantes de esta universidad donde se realizó el estudio, como Navojoa, Guaymas, Empalme, Huatabampo, Los Mochis Sinaloa, entre otros, hace fácil el acceso de los adolescentes a la cerveza.

Por otra parte, el consumo de cerveza es generalizado y un mecanismo de socialización importante en diversos grupos de edad en estas ciudades de climas calurosos, bajo la creencia de que el calor hace que se te antoja unas "chevas bien frías". En las diversas reuniones sociales, como son las típicas "carne asada", "tocadas", los paseos en automóvil o en "trocas" (camionetas) los fines de semana por las calles principales, y en "los antros", los adolescentes sonorenses tienen amplias oportunidades de acceso y de posibilidad de consumo de cerveza, dado que la aceptación social y la valoración positiva del consumo de alcohol, así como la influencia de la familia y de los amigos, facilitan y promueven el consumo de cerveza en los adolescentes, tal como sugieren algunas investigaciones realizadas en este tema (Andrews, Hops & Duncan, 1997; Ary, Tildesley, Hops & Andrews, 1993; Blanton, Gibbons, Gerrard, Conger, & Smith, 1997; Chassin, Tezloff & Hershey, 1985; Goldman y Darkes, 2004; Lloyd y Auld, 2002).

Además de factores intrínsecos que tiene que ver con expectativas, estilos de comunicación, autoestima, y conducta sexual, un factor primordial que podría estar asociada con el consumo de cerveza en adolescentes del sur de Sonora, es la falta de oportunidades para el uso socialmente útil del tiempo libre, aunado a deficientes políticas gubernamentales y de instituciones del Estado, gobiernos locales, organismos no gubernamentales, y la sociedad civil, para fomentar actividades recreativas, ocupacionales, y culturales para los jóvenes en los tiempos libres, lo cual y como señalan

Vera, Laborín, Domínguez y Peña (2003), influye en el deterioro de la experiencia emocional positiva del adolescente sonorense.

Estos aspectos coinciden con los hallazgos de Valdéz (2000) con una muestra de estudiantes de preparatorias en Hermosillo, Sonora, sobre la falta de oportunidades para el uso socialmente útil del tiempo libre como un factor de riesgo para el bajo desempeño académico, que deviene en pasar mayor parte del tiempo libre con los amigos en las calles, los "antros" (discotecas), y en el consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, en un estudio con estudiantes adolescentes de 11 a 19 años de edad en Lima, Anicama, Mayorga, y Henostroza (2004) encontraron que un 51% de los adolescentes indicaron como factores de riesgo para el consumo de drogas, a la carencia de condiciones y oportunidades para las artes y el deporte, y un 43% indicó como un factor de riesgo, a la desorganización de la comunidad (colonias, barrios, o Delegación) para proponer y desarrollar actividades alternativas al consumo de drogas en los adolescentes.

En suma, nuestro estudio mostró las características de consumo de cerveza en estudiantes universitarios del sur de Sonora, que ojalá motive a los investigadores y a los estudiosos en ciencias del comportamiento y la salud, a estudiar con más profundidad sobre los factores que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes sonorenses, y en la propuesta de estrategias y oportunidades para el uso socialmente útil del tiempo libre en este período del desarrollo humano.

## Referencias

- Andrews, J. Hops, H. & Duncan, S. (1997). Adolescent modeling of parent substance use: The moderating effect of the relationship with the parent. *Journal of Family Psychology*, 11, pp. 259-270.
- Anicama, J., Mayorga, E. & Henostroza, C. (2004). Factores de riesgo y factores protectores para el abuso de drogas en adolescentes de Lima Metropolitana. *Umbrales de Investigación*, 1, 11-23.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Ary, D., Tildesley, E., Hops, H. & Andrews, J. (1993). The influence of parents, sibling and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *International Journal of the Addictions*, 28, 853 - 880.

- Blanton, H., Gibbons, F., Gerrard, M., Conger, J. & Smith, G. (1997). Role of family and peers in the development of prototypes associated with substance use. *Journal of Family Psychology*, 11, pp. 271-288.
- Chassin, L., Tezloff, C. & Hershey, M. (1985). Self-image and social-image factors in adolescent alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 39-47
- Goldman, M. & Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multi-axial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16, 4-15.
- Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F., Velasco-Mondragón, E., Borges, G. & Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46 (2), 132-140.
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). Estadísticas Vitales 1990-2001. Base de datos en línea [URL: <http://www.inegi.gob.mx>]
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). Base de datos en línea [URL: <http://www.inegi.gob.mx>] Consultado el 11 de enero de 2005.
- La salud de los adolescentes en cifras (2003). *Salud Pública de México*, 45, suplemento 1, s153-s166.
- Lloyd, K. M. & Auld, C. J. (2002). The role of leisure in determining quality of life: Issues of content and measurement. *Social Indicators Research*, 57, 43-71.
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24 (4), 3-19.
- Medina-Mora, Ma. E., Natera, G. & Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas*, 11-25.
- Mora Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43, 89-96.
- Rodríguez, T. (1998). El estrés y la habituación alcohólica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14, 398-406.
- Rojas-Guilot, E., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. & Morón, M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41 (4), 297-308.

- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García-Avilés, M., León-Alvarez, G., Quezada-Bolaños S. & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45, (1), 140-152.
- Secretaría de Salud (2004). Base de datos en línea [URL: <http://www.ssa.gob.mx>] Consultado el 11 de enero de 2005.
- Valdéz, O. (2000). El empleo del tiempo libre y su relación con el rendimiento académico de jóvenes preparatorianos. Tesis de licenciatura en Psicología no publicada, Instituto Tecnológico de Sonora.
- Vera, J. A., Laborín, J. F., Domínguez, S. E., & Peña, M. O. (2003). Identidad psicológica y cultural de los sonorenses. *Región y Sociedad*, 15 (28), 3-45.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Castro, P. & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultado de la encuesta de estudiantes. *Medición otoño del 2000. Salud Mental*, 5 (1), 43-54.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

## Deficiencias cognitivas como correlatos de la conducta antisocial

Martha Frías Armenta, María de la Luz Guevara Estrada, Víctor Corral Verdugo & Irasema Castell Ruiz

Universidad de Sonora

### Resumen

La presente investigación busca analizar la relación entre algunos problemas cognoscitivos y la conducta antisocial en un grupo de 112 adolescentes (14-18 años de edad) residentes de la Ciudad de Hermosillo, Sonora.

Se conformaron dos grupos: el experimental de 63 delincuentes y 49 sujetos del grupo control. Se administró las escalas del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica de Barcelona, una ficha sociodemográfica, la prueba de conducta antisocial y delictiva (Frías, Ramírez, Soto, Castell & Corral, 2000), así como la escala de Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein (1989), que valora habilidades sociales.

La exploración de los datos se realizó a través del análisis de trayectoria, con ayuda del programa para ecuaciones estructurales (EQS).

Entre los resultados se reportó como los delitos más frecuentes el homicidio, robo y violación. También se comprobó que aquellos jóvenes que poseen menos habilidades de memoria, lenguaje y sociales son más propensos a desplegar conducta antisocial.

**Palabras clave:** problemas cognoscitivos, desarrollo del sistema nervioso central, conducta antisocial.

### Introducción

Las deficiencias o retardos en el desarrollo del sistema nervioso central en niños y jóvenes se asocian con problemas en el aprendizaje, conductuales y en el ajuste social (Karniski, Levine, Clarke, Palfrey, y Meltzer, 1982). Algunos estudios han sugerido relaciones entre la delincuencia y factores del desarrollo (Wolf, Water, Bauermeister, y Ferber, 1982; Lane 1980; Sanger, Moore-Brown, Magnuson, y Svoboda, 2001). Se ha encontrado que los delincuentes juveniles tienen problemas en tareas que demandan una orden sensoriomotora, en ejercicios de secuencia temporal, y en la estructura perceptual. Otros estudios encuentran que los delincuentes juveniles presentan o presentaron problemas en el lenguaje, el habla y la audición (Larson y McKinley, 1995; Sanger, Creswell, Dworak, Schultz, 2000).

Un estudio con adolescentes mostró que los delincuentes exhibían más problemas de comunicación que los no delincuentes (Sanger, Hux, y Ritzman, 1999). Esto también ha sido encontrado por Sanger, Moore-Brown, Magnuson, y Svoboda (2001). Davis, Sanger y Morris (1991) refieren que los menores delincuentes muestran déficit en rendimiento académico, lenguaje escrito, matemáticas y lectura, comparados con una muestra de menores no delincuentes. Otro estudio más señala una relación entre la conducta antisocial y el déficit de lenguaje en jóvenes delincuentes: los menores delincuentes mostraron un coeficiente intelectual verbal más bajo comparado con sus contrapartes no delincuentes. Además, los jóvenes delincuentes evidencian detrimentos en áreas específicas de competencia lingüística, y tienen problemas al recibir y expresar información verbal (Brier, 1994).

Recientes avances en el estudio de la conducta agresiva en niños han enfatizado el rol de los factores cognitivos (Huesmann, 1988). Sin embargo, existe considerable controversia acerca de la asociación entre los problemas de aprendizaje, el desarrollo cognoscitivo y la conducta antisocial. En México se reportan pocos trabajos de investigación que se hayan desarrollado en el área. Por lo tanto, el objetivo de este escrito es analizar la relación entre algunos problemas cognoscitivos y la conducta antisocial en un grupo de adolescentes.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra la constituyeron 112 adolescentes masculinos y femeninos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. De la muestra total seleccionada, 63 participantes eran menores delincuentes que habían sido detenidos por alguna infracción a la ley o por conducta antisocial reiterada en el Consejo Tutelar para Menores (COTUME) de Hermosillo, México y que se encontraban internados en alguno de sus centros. El resto de la muestra la formaron 49 estudiantes de secundaria y preparatoria que fueron considerados como el grupo control. De los 63 adolescentes infractores, 42 fueron del sexo masculino y 21 del femenino. El grupo de 63 jóvenes se seleccionó de entre los 3 centros de internamiento que existen en la ciudad. La Tabla 1 muestra las características demográficas de la muestra.

Tabla 1.

## Medias de variables demográficas

Variable	N	Media	D.E.	Mín.	Máximo
Edad	111	14.747	3.97	0	19.00
Ingreso del menor	99	397.67	868.86	0	3600.00
Escolaridad del menor	109	8.8	2.24	0	12
Edad de la madre	111	35.37	13.07	0	58
Edad del padre	111	35.19	17.53	0	66
Ingreso madre	101	632.88	1324.59	0	9000.00
Ingreso del padre	106	1701.31	2566.68	0	9999.00

Los menores infractores fueron detenidos por delitos contra la propiedad, por transgresiones contra la salud, por violación sexual a mujeres y por crímenes contra personas. El grupo control de adolescentes fue seleccionado de dos escuelas, una secundaria y una preparatoria de la ciudad de Hermosillo y que se consideraba con recursos económicos similares a los que tenían los menores internos. El grupo control fue pareado con el de los menores infractores en términos de edad, sexo, nivel socioeconómico y grado de escolaridad.

### Instrumentos

Se aplicaron las escalas del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (P.I.E.N) Barcelona. El PIEN Barcelona es un instrumento original de exploración de las actividades mentales superiores (orientación, control mental, lenguaje oral, lectura, escritura, praxis gestual, praxis constructiva, gnosia, memoria, cálculo, problemas aritméticos, abstracción). En general se intenta establecer modelos explicativos y predictivos acerca de la función cerebral normal y alterada, destacándose que el sistema nervioso se encarga de recibir, procesar, integrar, almacenar y responder a la información procedente del medio interno y del externo. Las escalas que se aplicaron Del PIEN Barcelona fueron: Lenguaje automático-control mental, secuencias de posturas, praxis, material verbal complejo, memoria, respuesta denominada y denominación verbal.

Las escalas que se aplicaron Del PIEN Barcelona fueron:



- Lenguaje automático-control mental. Estudia la capacidad de expresar series automáticas y la habilidad para invertirlas, ofreciendo además un índice de la capacidad de lenguaje fluido. Incluye dos subtests: el primero permite la valoración de lenguaje automático y se subdivide en series verbales directas (contar números del 1 al 20, decir los días de la semana y meses del año) cuya puntuación máxima es de 3 y en series verbales directas con tiempo donde la puntuación es de 6. Los defectos detectados en estas series pueden implicar lesiones en la corteza frontal con trastornos en la atención o del nivel de conciencia, así como alteraciones no agudas difusas (demencias). Además, un grado importante de ansiedad puede originar errores en la ejecución de este test.
- Comprensión verbal. Esta escala comprende los subtests de palabras, partes del cuerpo, comprensión de órdenes y de material verbal complejo. Los defectos en la comprensión verbal involucran amplias zonas cerebrales, de forma importante el área prefrontal.
- Secuencias de posturas. Son actividades motoras secuenciales con las manos, de las cuales dos de ellas son gráficas. Estas actividades se califican como apraxias melocinéticas y se relacionan con lesiones de las zonas premotoras de la corteza cerebral. Se constituye de 3 subescalas: secuencias de posturas derecha, secuencias de posturas izquierda y coordinación recíproca.
- Además se incluyeron reactivos con datos socio-demográficos como indicadores de pobreza (ingreso, niveles de desempeño en familias, clase social), nivel educativo, ocupación de familiares y tamaño de la familia, y una escala de conducta antisocial delictiva, además de otra de habilidades sociales.
- Conducta antisocial y delictiva. Está constituida por 17 reactivos que miden el número de veces que el niño ha cometido un acto o conducta antisocial o delictiva especificada en el instrumento, durante los 12 meses anteriores a la entrevista, en donde: 0= nunca, 1= una o dos veces, 2= de tres a cinco veces, 3= de seis a diez veces, 4= de once a veinte veces y 5= más de veinte veces. Las acciones reflejan el número de veces que los menores reportaron haber golpeado a alguien, robado cosas, o hecho daños en propiedad ajena en el último año. En un estudio anterior se reportó un alfa de Cronbach de 0.75 para esta escala (Frias, Ramirez, Soto, Castell & Corral, 2000).
- Habilidades sociales. Para medir las habilidades sociales del menor se utilizó la escala elaborada por Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989) la cual fue

modificada para el presente estudio. Esta medida contenía 19 ítems tipo Likert con cinco valores de respuesta (0=nunca, 1=casi nunca, 2=regularmente, 3=casi siempre, y 4= siempre), de la que se obtuvo un alfa de 0.83.

### **Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos a los menores infractores fue hecha en salones de clase y talleres de los centros de internamiento del COTUME. El PIEN Barcelona fue aplicado en dos sesiones y el instrumento que mide la conducta antisocial en otra sesión. A los participantes se les explicó que se trataba de una investigación con menores con el propósito de obtener información de las áreas de lenguaje, informándoseles que los datos que proporcionaran serían estrictamente confidenciales. La aplicación de los instrumentos al grupo control se realizó en las escuelas y en las casas de los estudiantes. También se les dijo que su participación era voluntaria y se les aseguró la confidencialidad de la información otorgada. El P.I.E.N. Barcelona y el instrumento que mide conducta antisocial fueron aplicados por dos psicólogas y por cuatro estudiantes de psicología a quienes se les entrenó en un curso y en un taller especializado.

### **Análisis de datos**

Se obtuvieron estadísticas univariadas, medias y desviaciones estándar para las variables continuas y, frecuencias para las variables categóricas. Además, se calcularon alfas de Cronbach para todas las escalas con el objeto de determinar su confiabilidad (consistencia interna). A fin de agrupar las variables se elaboraron índices con los reactivos de las escalas incluidas en el estudio. Un índice se conforma promediando las respuestas de todas las variables dentro de una escala. Se presume la representatividad del índice después de que se obtiene la consistencia de la escala, según lo indica el alfa de Cronbach. Se formaron 7 índices del PIEN de Barcelona, 1 de conducta antisocial y otro sobre habilidades sociales. Los 7 índices del PIEN Barcelona fueron: denominación verbal, la memoria, material verbal complejo, lenguaje automático, praxis, secuencia de posiciones y respuesta denominada. Se colapsaron las dos muestras (control y menores infractores), considerando que existe un continuo de conducta antisocial entre las dos muestras, y con el fin de asegurar una mayor variabilidad en los datos.

Posteriormente los resultados fueron examinados utilizando un análisis de trayectoria a través del paquete estadístico Structural Equations Program (EQS de Bentler, 1995). Esta

es una técnica estadística que permite modelar y estimar un sistema completo de relaciones causales entre diversos componentes, los cuales podrán ser variables dependientes e independientes a la vez (Klem, 1998). En este sistema, logrado a través de regresiones múltiples simultáneas, el modelo se formula como un diagrama de flujo, en el cual las flechas que conectan las variables representan covarianzas o coeficientes de regresión (Corral, Frias y González, 2001).

Para determinar si los datos de la investigación respaldan el modelo bajo prueba se utilizaron indicadores de bondad de ajuste. La comparación entre el modelo inclusivo y el modelo teórico se lleva a cabo a través de dos tipos de indicadores: el indicador estadístico que requiere del empleo de la chi cuadrada ( $X^2$ ) y los indicadores prácticos: una serie de estadígrafos derivados de la  $X^2$  que controlan el efecto del número de sujetos sobre la significatividad de la comparación. En este caso se está tratando de probar que el modelo teórico no es diferente del saturado; entonces, se espera que el valor de la  $X^2$  sea bajo y no significativo, o sea que su probabilidad asociada sea mayor a 0.05. Mientras que los indicadores prácticos requieren que sus valores se acerquen a 1. El nivel mínimo para considerar el modelo con una adecuada bondad de ajuste es de .90. Los indicadores prácticos en el EQS son el Índice Bentler-Bonett de Ajuste Normado (IAN), el Índice Bentler-Bonett de Ajuste No Normado (IANN) y el Índice de Ajuste Comparativo (IAC).

El modelo está planteado partiendo de las habilidades menos simples a las más complejas. Este modelo a probar planteaba que las habilidades sociales, la denominación verbal y la memoria tendrían una asociación directa con la conducta antisocial. Se esperaban además, efectos indirectos de material verbal complejo, secuencia de posiciones y praxis en la conducta antisocial, mediados a través de la memoria. El lenguaje automático tendría un efecto en la praxis, secuencia de posiciones y respuesta denominada, esta última en el material verbal complejo.

## Resultados

El 70 % de los sujetos en total fueron del sexo masculino y el resto de sexo femenino. El 60% cursaba la secundaria y el 40% la preparatoria. El 44% de las madres de los jóvenes tenía el nivel educativo de primaria. Todas las escalas tuvieron un alfa mayor a 0.60. La tabla 2 muestra las frecuencias de los delitos por lo que fueron internados los menores infractores.

Tabla 2. Frecuencias de los delitos por lo que fueron internados los menores infractores

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Homicidio	11	18
Robo	11	18
Violación sexual	11	18
Robo de autos	9	14
Robo con violencia	8	12
Delitos contra la salud	5	8
Conducta antisocial	4	6
Lesiones	3	4
Incumplimiento en el Centro de Atención Externa	1	2

Como se aprecia en la tabla anterior los delitos que más frecuentemente se llevan a cabo por los menores son el homicidio, el robo y la violación. La tabla 3 exhibe las alfas de las escalas utilizadas.

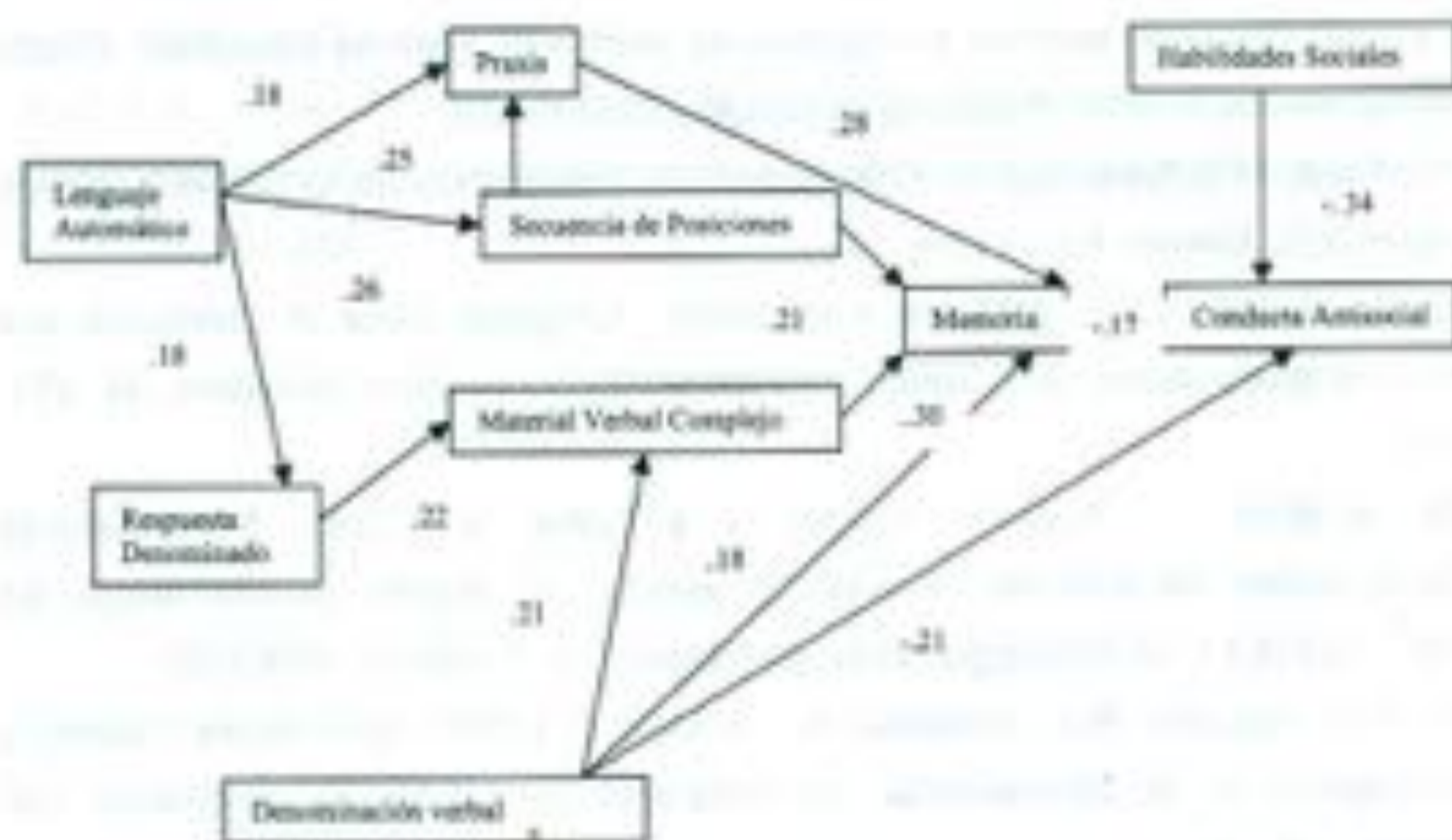
Tabla 3. Alfa: de las escalas

Escala	Alfa
Lenguaje automático	.63
Respuesta denominada	.85
Denominación verbal	.65
Praxis	.70
Secuencia de posiciones	.75
Material verbal complejo	.60
Memoria	.97
Conducta antisocial	.92
Habilidades Sociales	.85

La tabla 3 indica que todas las escalas mostraron un alfa mayor de 0.60 que es el mínimo aceptable para considerarlas confiables.

La figura 1 muestra los resultados del modelo probado. Las habilidades sociales (-.34), la memoria (-0.17) y el denominación verbal (-0.21) tuvieron un efecto directo en la conducta antisocial. Además, la denominación verbal tuvo un efecto en material verbal complejo (0.21) y en memoria (0.18). Praxis afectó la memoria (0.28). La secuencia de posiciones se relacionó con la memoria (0.21) y la praxis (0.25). Material verbal complejo recibió un efecto de respuesta denominada (0.22), y afectó a la memoria (.30). Lenguaje automático afectó a la praxis (0.18), secuencias de posiciones (0.26), y material verbal complejo. Todas las relaciones fueron significativas y los indicadores de bondad de ajuste fueron adecuados. La  $R^2$  del modelo fue de 0.22.

Figura 1.- Correlatos Cognoscitivos de la Conducta Antisocial.



$\chi^2=24$   
 $22= G$  de  $L$   
 $P=.33$   
 $R^2=.22$

$BB=.96$   
 $CFI=.97$   
 $RMSEA=.03$

## Discusión

Los resultados de este modelo parecen comprobar que algunas deficiencias cognitivas se asocian a la conducta antisocial. El modelo explicó el 22% de la varianza, lo cual quiere decir que el modelo explica más o menos la quinta parte de la conducta antisocial de los

menores. De acuerdo con los resultados, los menores que poseen menos habilidades en la memoria, en el lenguaje, y sociales son los más propensos a desplegar conducta antisocial. El efecto negativo de las habilidades sociales en la conducta antisocial significa que entre menos habilidades sociales más conducta antisocial. Es el mismo significado del efecto negativo de la memoria y la denominación verbal, que corresponde a las habilidades de lenguaje y memoria. Estos resultados nos plantean la necesidad de analizar las habilidades cognitivas en los menores para establecer medidas preventivas hacia la delincuencia basadas en esas deficiencias.

### Referencias

- Bentler, P.M. (1995). EQS. Structural Equations Program Manual. Encino, CA: Multivariate Statistical Software, Inc.
- Brier, N. (1994). Targeted treatment for adjudicated youth with learning disabilities: Effects on recidivism. *Journal of learning disabilities*, 27, 215-223.
- Corral, V., Frías, M. y González, D. (2001). *Análisis Cuantitativo de Variables Latentes*. Hermosillo, México: Ed. UniSon.
- Davis, A. D., Sanger, D.D., y Morris, F.M. (1991). Language Skills of delinquent and nondelinquent adolescent males. *Journal of Communication Disorders*, 24, 251-260.
- Frias, M., Ramirez, J., Soto, R., Castell, I. y Corral, V. (2000). Repercusiones conductuales del maltrato infantil: Un estudio con grupos de alto riesgo. En AMEPSO (Ed.), *La Psicología Social en México*, Vol. B. México: AMEPSO.
- Goldstein, P.A., Sprafkin, R.K., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1989). *Habilidades Sociales y autocontrol en la adolescencia: Un programa de enseñanza*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Huesmann, L. R. (1988). An Information -processing model for the development of aggression. *Aggressive behavior*, 14, 13-24.
- Karniski, W., Levine, M., Clarke, S., Palfrey, J., y Meltzer, A. L. (1982). A study of neurodevelopmental findings in early adolescent delinquents. *Journal of Adolescent Health Care*, 3, 151-159.
- Klem, L. (1998). Path Analysis. En L.G. Grimm y P.R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Lane, B. A. (1980). The relationship of learning disabilities to juvenile delinquency: current status. *Journal of Learning Disabilities*, 13, 425-434.
- Larson, V. L., y McKinley, N. (1995). *Language disorders in older students: Preadolescents and adolescents*. Eau Claire, WI: Thinking.
- Sanger, D., Creswell, J. W., Dworak, J., y Schultz, L. (2000). Cultural analysis of communication behaviors among juveniles in a correctional facility. *Communication Disorders*, 33, 31-57.
- Sanger, D. D., Hux, K., y Ritzman, M. (1999). Female juvenile delinquents pragmatic awareness of conversational interactions. *Journal of Communication Disorders*, 32, 281-295.
- Sanger, D., Moore-Brown, B., Magnuson, G., y Svoboda, N. (2001). Prevalence of language problems among adolescents delinquents: A closer look. *Communication Disorders Quarterly*, 23, 17-26.
- Wolf, P.H., Waber, D., Bauermeister, M., y Ferber, C.C. (1982). The neuropsychological status of adolescent delinquent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 267-279.

## Jóvenes infractores: un análisis del sistema reclusión-exclusión en grupos marginados

Rosario Román Pérez, Elba Abril Valdez & María José Cubillas Rodríguez

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.

### Resumen

La delincuencia es una expresión de la exclusión social de algunos grupos juveniles. Este estudio describe y analiza las condiciones de vida anterior a su reclusión de jóvenes internos en el Consejo Tutelar para Menores. Se encuestaron 129 adolescentes, 45% de la población masculina y 100% de la población femenina. Los resultados muestran que los adolescentes provienen de familias desintegradas con un bajo nivel educativo. Muchos de ellos, tanto hombres como mujeres, han formado su propia familia. La mayoría reportó trabajar desde edades tempranas y vivir en violencia doméstica. Se concluye que el gobierno debe revisar el proceso de la rehabilitación para la delincuencia social y considerar la perspectiva de los adolescentes y su familia, la escuela y el contexto cultural.

Palabras clave: menores infractores, delincuencia juvenil, adolescentes.

### Introducción

En el estado de Sonora, la transición demográfica y los cambios forzados por la globalización, han desdibujado la identidad económica sonorense. Los procesos migratorios y el crecimiento de las ciudades sonorenses, han incrementado los problemas de la vida comunitaria. La inseguridad pública condiciona y reduce las posibilidades de desplazamiento de la población, principalmente de la femenina, por el temor fundado de ser víctima de delitos. Los avances de la tecnología con que cuenta el mundo de la ilegalidad y la impunidad, dificulta a las autoridades combatir el delito y tensiona a la sociedad. Tal estado de cosas ha repercutido en el ámbito de las representaciones, ideales y aspiraciones de la población, particularmente de los grupos juveniles. Las familias y su responsabilidad en la formación de la juventud se ven fustigadas por las distintas amenazas externas, ante las que la confianza en los tres órdenes de gobierno, se diluye por su poca efectividad para prevenir y erradicar la violencia social.

En este proceso de degradación y fragmentación de las reglas institucionales tradicionales, se expresa la exclusión social de algunos segmentos juveniles. Como



exclusión nos referimos al proceso social que articula condiciones cuantificables de desafiliación a nivel educativo institucional, económico laboral y sociofamiliar (Salvia y Miranda, 2000). Jóvenes que no estudian ni trabajan, ni tienen a su cargo responsabilidades doméstico-reproductivas, dan cuenta de diferentes niveles de exclusión en ese sector de la población. Particularmente, son los varones los que se ven más afectados, por las expectativas sociales de ser ellos los proveedores económicos y de seguridad para sus familias.

Considérese que la inserción en el mundo laboral, es la que suele marcar la entrada al privilegiado mundo de la adultez. Sin embargo, ésta aparece cada vez menos accesible para los jóvenes puesto que en situaciones de crisis la autonomía económica aparece cada vez más lejana. Ante la exclusión, los comportamientos infractores en algunos jóvenes se presentan como una respuesta para poder construir una identidad personal y social, que compense la pérdida de autoestima y desvalorización social. A través de la violencia se adquieren otros derechos y se construye una nueva cultura con hábitos, normas y lenguajes alternativos, incluyendo la agresión contra una sociedad de la que se sienten excluidos (as) (Cuerno, 2000).

Con esta visión no se pretende presentar una justificación o victimización de la juventud que infringe las leyes de nuestra vida comunitaria. Más bien, se busca dar un marco contextual a los comportamientos infractores, para el análisis integral de la problemática de quienes por distintas razones son internados(as) en los centros tutelares. En el presente trabajo, se resumen los resultados de un estudio llevado a cabo con jóvenes internos en los Centros de Atención del Consejo Tutelar de Menores (COTUME) del Estado de Sonora. El objetivo fue caracterizarlos y proporcionar a las autoridades del COTUME elementos de análisis para el diseño de sus programas de prevención e intervención.

### **Marco contextual**

Las economías en crisis sucesivas como la de México tienen como saldo mano de obra marginal representada por infantes y jóvenes con bajo nivel educativo (Navarrete, 2000). Las nuevas tecnologías desplazan a las actividades laborales tradicionales basadas más en la fuerza física y demandan nuevas competencias profesionales. La respuesta del sector educativo público no ha podido ir a la par de esta transformación tecnológica en el

mercado laboral por lo que en muchos casos las empresas "importan" recursos humanos. Paradójicamente, los recursos humanos locales más capacitados, buscan mejores opciones en otras regiones.

En el nivel simbólico-cultural, el prestigio social principalmente en las comunidades urbanas, aparece centrado en la acumulación de bienes materiales. Las aspiraciones de ascenso social de los menos privilegiados económicamente, se ven socavadas por la falta de empleo o el acceso a empleos inestables y mal remunerados. La otra opción para la juventud es la inactividad y con ella el riesgo de involucrarse en comportamientos antisociales. En este desorden estructural, el consumo de drogas, el robo y la violencia callejera se convierten en una alternativa de vida para algunos jóvenes.

Los nuevos ídolos populares que celebran la violencia, la drogadicción o la oposición a un sistema hegemónico, muestra el debilitamiento del mismo. Revela el imaginario compartido de mitos antagónicos, de resentimientos colectivos, de pasividades y desamparos, de vacíos que gritan su necesidad de ser ocupados. Las reglas no escritas de la obediencia y el respeto de los y las jóvenes hacia sus "mayores" dejan mucho margen de maniobra para actuar con discrecionalidad. La mayoría de los padres y madres se duelen de la "falta de valores" de las nuevas generaciones, sin poder clarificar ni siquiera los propios. Las costumbres de los pueblos, de donde proviene la mayoría de los padres y madres de la juventud urbana contemporánea, compiten ahora con las modernidades de las ciudades en crecimiento. El control parental aparentemente se debilita y la comunicación entre jóvenes y adultos se vuelve casi ausente (Román, Abril y Cubillas, 2003).

Los medios masivos de comunicación y particularmente la televisión, se convierten en los principales formadores de las nuevas generaciones. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000b), en Sonora nueve de cada diez hogares cuenta con televisión y poco más de ocho con radio, lo que permite a la juventud un mayor contacto con los mercados culturales mediáticos.

Expuestos a todo tipo de moda, los y las jóvenes sonorenses prueban distintos puntos de anclaje vestidos entre el prototipo de vaquero con botas puntiagudas, "livais" y cinturón con hebilla, el "fresa" con ropa cuidadosamente deslavada, rota o deshijvanada y corte a la "Ricky Martin" o el "cholo" con pantalones a medio glúteo. Tan sonorenses y varón el uno

como los otros, pero no igualmente aceptados por una sociedad cada vez más centrada en la posesión de bienes -de preferencia importados- e igualmente vulnerables a la farmacodependencia y la violencia familiar y callejera. De ellos, sólo los más vulnerables llegarán a ser internos del COTUME. Los demás, seguramente pasarán desapercibidos o sus infracciones serán toleradas gracias al buen nombre de su familia de origen.

#### **Jóvenes infractores: diagnóstico psicosocial**

En el verano del 2002, realizamos un estudio en el COTUME con una muestra elegida al azar integrada con el 45% de la población masculina interna. En el caso de las mujeres se trabajó con el total, ya que era un grupo pequeño integrado por 14 jóvenes. El estudio tuvo como objetivo identificar condiciones de vida que obstaculizan el desarrollo personal de estos(as) jóvenes. Para ello se aplicó una encuesta similar a la utilizada con grupos de estudiantes de educación media superior. El instrumento fue adaptado para incluir preguntas pertinentes a los internos de COTUME y se mantuvieron preguntas que permitieran la comparación.

Los resultados mostraron que el 64% proviene de hogares monoparentales, con familiares, generalmente abuelos o parientes lejanos de ingresos bajos. Sus padres y ellos(as) mismos(as) tenían promedios de escolaridad inferior a la media estatal que es de 8.1 para varones y 8.0 para mujeres y sólo el 8% de las mujeres y el 14% de los varones reportó haber terminado la educación básica (cuadro 1). El porcentaje de jóvenes internos(as) viviendo con pareja antes de su reclusión, fue de 14%, tanto en varones como en mujeres. Ello marca una diferencia importante con jóvenes de esos mismos rangos de edades que están en educación media superior, entre quienes el 98% declaró ser soltero o soltera (Román, et al 2001). Plantea también otras demandas no considerada para los jóvenes por ser menores de edad, como la visita conyugal.

Casi todos(as) reportaron trabajar desde edad temprana, generalmente en empleos no calificados, de remuneración baja. Tanto en varones como en mujeres, el mayor porcentaje mencionó conflictos con sus padres quienes recurrían al regaño, los golpes o castigos como forma de manifestar su desacuerdo con el comportamiento del o la joven. El 57% de las mujeres y el 69% de los varones reportó haber participado en riñas callejeras, generalmente asociadas al consumo de alcohol y/o drogas. La mayoría señaló haber fumado tabaco desde los doce años de edad y el 36% de las mujeres así como el

73% de los varones, mencionaron haber ingerido algún tipo de droga o sustancia tóxica. En cuanto al uso del tiempo, las mujeres reportaron una media de 7.07 horas libres al día antes de ser internados en el COTUME y los varones 7.15 (cuadro 2). Ello implica una mayor inactividad que la reportada por jóvenes estudiantes de educación media superior quienes reportaron menos de dos horas libres diariamente.

### **La atención a los menores infractores**

En respuesta a la complejidad de esa problemática, el gobierno asigna a las instituciones tutelares la responsabilidad de promover su corrección. En la Ley 74 que crea el COTUME, se decretan medidas asistenciales de carácter terapéutico y protector (Boletín Oficial, 1985). La ética que define a esta Ley es la consideración de los y las jóvenes como "menores" que carecen de madurez mental suficiente y necesaria para comprender moral y socialmente las consecuencias de su comportamiento. El debate sobre la imputabilidad de las acciones en función de la edad, resurge de tiempo en tiempo, cuando se cuestiona la edad penal, que en algunos estados es hasta los 16 años y en el estado de Sonora es a los 18 años de edad. Mediante esta Ley, el Estado se asume como "un gran padre" o tutor que protege al joven o a la joven de sí mismo(a). En consecuencia, las medidas tomadas no son considerados castigos, sino "tratamientos" de rehabilitación que permitan a las personas reinsertarse al final de los mismos en su medio familiar-social.

Si bien el objetivo de estas instituciones es proteger los derechos de los(as) jóvenes, no someténdolos(as) a las mismas medidas adoptadas para las personas consideradas adultas, difícilmente el internamiento y la terapia cambiarán la visión del mundo juvenil construida en un entorno por demás hostil (Cuerno, 2000). Ellos y ellas podrán incorporarse en algunas de las actividades diseñadas con mayor o menor éxito, pero lograr un cambio cualitativo en las formas de ser y hacerse joven en medio de un ambiente adverso, requiere algo más que aprender un oficio o asistir a pláticas de orientación.

Para prevenir y atender este fenómeno, es necesario que el joven o la joven identifiquen los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan, los obstáculos reales o potenciales para su mejor aprovechamiento y que sean capaces de construir nuevas redes sociales de las que puedan sacar ventaja para su propio crecimiento. Para ello, se

requiere una acción concertada de todos los órganos de gobierno a fin de que la responsabilidad de la juventud infractora no recaiga en una sola institución.

Pese a no ser considerados centros de castigo, similar al planteamiento de Foucault (1976), los COTUME se convierten en espacios disciplinarios para "enderezar conductas". Desde esta visión crítica asumimos la necesidad de revisar el enfoque tradicional que desde su creación han tenido los centros tutelares, al sustituir a las anteriores "correccionales" para menores. A la luz de elementos extrajurídicos, es posible impulsar un cambio en la sensibilidad colectiva para lograr un trato más realista con los y las jóvenes que son internados(as) en esas instituciones. Analizar el proceso total de rehabilitación desde la perspectiva de los(as) propios(as) jóvenes es cuestionar desde sus cimientos las relaciones de poder en sus distintos ámbitos de interacción: la familia, la escuela, la institución tutelar y la comunidad.

### **Algunas reflexiones**

Las instituciones tutelares de menores se basan en un modelo de atención centrado en el concepto de rehabilitación del individuo y de familia idealizada, con poca consideración de los factores estructurales que propician un entorno de exclusión social y familiar. Tal es el planteamiento contemplado en la Ley 74 de 1985 y sus reformas de 1986 y 1992. Los métodos y las técnicas utilizadas en los tratamientos rehabilitadores son interpretados jurídicamente no como sanciones o acciones punitivas. Sin embargo, la reclusión en sí misma es un castigo cuya función social es sumamente compleja y no necesariamente previene la reincidencia de comportamientos infractores. Estudiar los sistemas punitivos dentro de los fenómenos sociales asociados a factores estructurales, permitirá mostrar empíricamente que para la atención de jóvenes infractores(as), se requieren políticas y programas intersectoriales que los incluyan. Sus voces y su participación son necesarias en las acciones que los involucran directamente.

La contracción del gasto en educación y el consiguiente deterioro en las remuneraciones docentes, han afectado la calidad de la oferta educativa y provocado un menor compromiso con la población que presenta dificultades en su aprendizaje (Rodríguez, 2000). La expulsión de los ámbitos educativos, resulta la solución más a la mano para jóvenes que reprueban con frecuencia o alteran el orden institucional, sin planear hacia dónde van esos recursos humanos y en qué se ocuparán. Es menester entonces

replantearse el modelo de atención a menores infractores, a partir de un diagnóstico sobre sus fortalezas y debilidades con el concurso de todas las partes involucradas.

### Referencias

- Boletín Oficial (1985). Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Sonora. 44 Sección I de 1985/06/03.
- Cuerno L. (2000). El lado oscuro de la calle. Revista JOVENES. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. No. 10, pp. 62-77.
- Encuesta Nacional de Juventud (ENAJUV-2000). Documento Marco. Instituto Mexicano de la Juventud.
- Foucault M. (1976). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. 27ª. Edición. Siglo XXI editores. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000b). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados Básicos. Sonora.
- Navarrete L. (2000). Presencia de jóvenes en los mercados laborales: participación económica en áreas menos urbanizadas. Revista JOVENES. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. No. 12, pp. 16-29.
- Rodríguez E. (2000). Los jóvenes en Uruguay. La paradoja de sobrar aunque sean pocos. Revista JOVENES. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. No. 10, pp. 186-200.
- Román R., Abril E., Cubillas M.J. (2001). Diagnóstico psicosocial de menores infractores del Consejo Tutelar en Sonora. Reporte Técnico entregado al Consejo Tutelar para Menores en el Estado de Sonora.
- Román, R., Abril, E. y Cubillas, M. J. (2003). Juventud Sonorense: entre el mito de los Agrotitanes y los nuevos paradigmas. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Salvia A. y Miranda A. (2000). Norte de nada. Los jóvenes y la exclusión en la década de los noventa. Revista JOVENES. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. No. 12, pp. 58-71.

CUADRO 1. Características Sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS	SEXO	
	Hombre	Mujer
x de edad (años)	15.54	15.07
x de escolaridad (años)	6.23	5.31
Edo Civil (%)		
Soltero	84	86
Casado/ Unión libre	14	14

CUADRO 2. Distribución del Tiempo Libre

ACTIVIDAD	TIEMPO (EN HORAS) AL DÍA	
	Hombre	Mujer
Lectura	1.78 ( $\pm 2.18$ )	.79 ( $\pm .59$ )
Ver televisión	3 ( $\pm 2.22$ )	3 ( $\pm 2.22$ )
Deporte	2.61 ( $\pm 1.70$ )	1.36 ( $\pm 1.34$ )
Siesta	2.54 ( $\pm 2.57$ )	1.71 ( $\pm 1.98$ )
Horas libres al día	7.15 ( $\pm 2.22$ )	7.07 ( $\pm 2.76$ )

## Adolescencia y violencia. La identificación con el agresor como una alternativa de existencia

Arturo R. Gonzalez Luna<sup>1</sup>

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Psicología

### Resumen

Partiendo de la tesis que la forma de actuar de las personas ante determinadas circunstancias habla de su historia de vida, sus redes sociales, su vida emocional, sus redes políticas y de su identidad en un sentido amplio; es que se realizó esta investigación en cuatro escenarios: el Consejo Tutelar para Menores infractores del Estado de Morelos, la Casa del Menor del DIF Morelos, el internado de la Santísima Trinidad y en tres cruceros de la Ciudad de Cuernavaca. Con el objetivo de poder comprender la reincidencia en adolescentes violentos, así como la tendencia a imitar a sus agresores, al actuar igual a aquel que los violentó física y verbalmente.

Entre las conclusiones destaca la extrema disociación de los afectos presente en el adolescente violento, que le impide un reconocimiento de su identidad y por tal, de su realidad.

**Palabras clave:** adolescencia, violencia, identificación, identificación con el agresor.

### Introducción

Hablar de los adolescentes violentos, es hablar de adolescentes que viven, sienten y actúan. El problema es cómo viven, cómo sienten y cómo y para qué instrumentan sus procesos afectivos.

Primeramente son adolescentes y como tales todas sus vivencias son extremosas, intensas y supuestamente antisociales, en el sentido de ir en contra de lo establecido. Están sumergidos en una fase sumamente caótica, en donde las demandas y las pérdidas los invaden: pérdidas del cuerpo, pérdidas de roles, exigencias sexuales, familiares, económicas y sociales; el resultado es obvio.

<sup>1</sup> Maestro en Psicología Clínica por la UNAM; Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Psicología de la UAEM; Coordinador del Área de Salud Mental de la Fac. de Psicología UAEM; Especialidad en Adolescencia, Violencia y Abuso Sexual.



En un segundo momento son violentos, ya que han cometido actitudes antisociales (robo, violación, delitos contra la salud, homicidio, etc.), castigar la actitud me parece que es una postura perversa por parte del adulto; es una respuesta simple e ignorante de los avatares del desarrollo psicoafectivo del ser humano.

Ahora bien, ¿por qué un adolescente lleva a cabo un acto violento? Las respuestas del vulgo son varias: porque son malos, porque son sádicos, porque son agresivos, porque no entienden, finalmente porque así nacen.

Desde mi punto de vista el acto violento es una actuación, y la actuación es eso, es un no ser yo, sino un ser otro; un otro que invade y al cual se actúa a través de la imitación emanada de una identificación. A veces en las sesiones clínicas, el adolescente violento parece que nos dice: "Este que está frente a ti no soy yo, son los otros, pero más intensamente el otro, pero no lo ves porque él vive en mí, circula por mi sangre, habla por mi boca, escucha por mis oídos, ve por mis ojos, se manifiesta a través de mis acciones. ¡Si esas acciones que ustedes dicen que son actos violentos".

Esta investigación trata de aportar algunos elementos para poder comprender el proceso identificador del adolescente violento y cómo incide en él.

Este trabajo es producto de las investigaciones que actualmente se están llevando a cabo en el Consejo Tutelar para Menores Infractores del Estado de Morelos, en la Casa del Menor perteneciente al D.I.F. Morelos, en el Internado de la Santísima Trinidad y en tres cruceros de la calle de la Ciudad de Cuemavaca.

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- a).- Revisión de expedientes.
- b).- Aplicación del Test de la Familia.
- c).- Aplicación del Test de Machover.
- d).- Aplicación del Test de Frases Incompletas.
- e).- Aplicación de una entrevista estructurada basada en la identificación.
- f).- Entrevistas abiertas en la calle.

Se aplicó a una población de 140 adolescentes que oscilaron entre los 10 y los 17 años.

Partimos de la tesis de que el desarrollo de la personalidad depende, en gran medida, del grado de integración familiar. Es decir, que de acuerdo a como los hijos se vivencian, se incorporan e identifican a los padres o algún sustituto de ellos dependerá su salud o enfermedad mental. La familia es más que la interacción de personalidades, es la concepción de sí mismo y un patrón de sentimientos, motivaciones, fantasías y entendimientos.

Durante la interacción que tuvimos con adolescentes violentos en el Consejo Tutelar (aproximadamente cinco años como coordinadores del departamento de psicología), nos surgieron, entre otras, estas preguntas: ¿por qué reinciden los adolescentes violentos?, ¿por qué hablan y juegan como judiciales?, ¿por qué eligen como alternativa de oficio (entiéndase como modelo a seguir) ser policía, judicial, custodio o narcotraficante?, ¿por qué imitan a sus agresores?, en una palabra ¿por qué ser igual a aquel que los violentó física y verbalmente?

#### **Violencia social**

De acuerdo a Gleizer (1997): Cuando se trata de definir a la sociedad contemporánea son muchos los adjetivos que se utilizan para referirse a ella: hipermoderna, posmoderna, postindustrial, capitalista tardía, neoliberalismo, etc. La necesidad de este lenguaje atestigua el hecho de que la sociedad que hoy conocemos, no se explica completamente con la conceptualización sobre la sociedad moderna elaborada por los clásicos del siglo XIX.

Determinadas características de las sociedades actuales plantean dificultades en el nivel de la subjetividad de los individuos; las transformaciones ocurridas en los ámbitos de la organización social, cultural y simbólica de las sociedades occidentales han desarticulado la correspondencia entre la realidad objetiva y la realidad subjetiva. Plantea que la identidad ha dejado de ser un dato, para convertirse en un problema. Me remite al aforismo agustiniano "Yo he llegado para mí a ser un gran problema".

Quizás el rasgo más característico de las sociedades occidentales contemporáneas, trasfondo sobre el cual el problema de la identidad adquiere relevancia, es su elevado grado de complejidad. El exceso de posibilidades se presenta cuando ya no resulta posible que cada elemento de un sistema sea vinculado con otro en todo momento.

La política, economía, derecho, religión, educación, ciencia, arte, psicología operan cada vez más de forma diferenciada y autónoma, lo que genera una enorme celeridad en el cambio social. A la vez, el sistema en su conjunto se vuelve más interdependientes.

Esto significa que, en su vida cotidiana, los hombres viven en una realidad que se presenta y se aprehende como ya objetivada y que tiene el sentido subjetivo de un mundo coherente y ordenado. De esta forma paradójica el hombre es capaz de producir un mundo que luego experimentará como algo distinto a un producto humano.

Las distintas realidades se definen y se legitiman de todos igualmente distintos, y la construcción de una cosmovisión que las abarque a todas resulta sumamente problemática.

En consecuencia, el universo simbólico de las sociedades modernas contemporáneas no puede verse como un cuerpo firmemente cristalizado o lógicamente coherente de definiciones de la realidad. Está estructurado de modo impreciso y dista bastante de ser una constelación estable de la realidad.

Cuando las instituciones dejan de ser "hogar" del Yo, para convertirse en realidades que lo falsean y enajenan, los roles ya no actualizan el Yo, sino que lo ocultan, tanto de los demás como de la conciencia del propio individuo.

Por lo que me pregunto: ¿qué es un adolescente violentado?, ¿en qué consiste su identidad?, ¿tendrá identidad?, ¿mediante qué se define su Yo?, ¿por su vida interior?, ¿por los pensamientos, por los sentimientos ocultos?, ¿pueden sus sentimientos ocultos servir de clave para su identidad? ¡carajol! En verdad que no lo sé.

En la actualidad el "fenómeno" de los adolescentes violentos ha aumentado dramáticamente, dicho fenómeno se presenta en la gran mayoría de los países de nuestro planeta. En nuestro país, la percepción que se tiene de ellos es sumamente ambivalente. La sociedad da una respuesta de negación, de rechazo, de represión o asistencialista; es decir, en un primer momento se niega su existencia, ya que la presencia de "ELLOS" nos llevaría a replantear las desigualdades económicas en nuestro país, pero

fundamentalmente a replantear nuestra condición humana. ¿qué somos?, ¿por qué reaccionamos así ante ellos? Si como describe Eco (1997): "Es el otro, su mirada lo que nos define y nos forma. ¿Cómo abordar el problema de la otredad, sin permitir que esa mirada, con frecuencia tiránica, me niegue la existencia?, ¿por qué lo que nuestra realidad cotidiana nos muestra a diario, es justamente el desprecio por todo aquello que representa lo ajeno, lo extraño, lo otro, absolutamente otro?".

En un segundo momento y al no poder negar su existencia, la sociedad reacciona violentamente, rechazándolos, reprimiéndolos o lavando culpas con poses asistencialistas.

En una definición ya clásica, Galtung (1966) afirmaba que la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales. La violencia quedaría así definida como la causa de la diferencia entre lo potencial y lo efectivo, y el espectro de violencia aparecería, por tanto, cuando por motivos ajenos a nuestra voluntad no somos lo que podríamos ser o no tenemos lo que deberíamos tener.

La violencia es siempre un ejercicio de poder, sean o no visibles sus efectos, y como tal, puede manifestarse en cualquier esfera de nuestra vida, en lo cultural, lo económico, lo político o lo doméstico. La violencia puede ser considerada como la forma más burda y primitiva de la agresión. En este sentido es una fuerza exclusivamente humana que aspira a ser la solución que excluya a todas las demás, por lo que también es una censura totalitaria.

Junto con Baró (1965), podemos señalar que el punto de partida para analizar el fenómeno de la violencia debe situarse en el reconocimiento de su complejidad. No sólo hay múltiples formas de violencia, cualitativamente diferentes, sino que los mismos hechos tienen diversos niveles de significación y diversos efectos históricos. Por ello, la violencia puede ser enfocada desde diferentes perspectivas, algunas más englobantes o totalizadoras que otras; pero como perspectivas que son, constituyen visiones parciales o limitadas. Pretender absolutizar alguna de estas perspectivas constituye una forma de reduccionismo, tanto más peligrosa cuanto que identificar la realidad de la violencia con

uno de sus niveles o dimensiones contribuye a ocultar y aún justificar a la misma violencia en otras dimensiones o niveles.

La mayor parte de la destrucción social es realizada por personas que sienten que tienen algún tipo de permiso para hacer lo que hacen, hasta el punto de sentirse justicieros; y por lo general consideran a sus víctimas como inferiores a los seres humanos o de algún modo ajenos a su condición. Sería ominoso no mencionar la barbarie que George W. Bush está ejerciendo con la población de Irak; sería funesto no mencionar el feminicidio que se está realizando en Ciudad Juárez; sería riesgoso no mencionar la impunidad con que se mueven los tecnócratas de México; cometería complicidad si no se destaca lo primitivo de la violencia familiar y más específicamente la violencia contra las mujeres, niños y adultos mayores, finalmente sería patético si no reflexionase sobre la violencia que ejerzo y ejercemos cada uno de nosotros en nuestros respectivos espacios psicosociales.

La voz de Dostoievski (1960) nos dice, todos somos responsables de todo y de todos, y yo más que los "otros". En lo cual Cohen (1997) profundiza, el problema del "otro" y su derecho a la existencia como alguien diferente e irreductible, continúa interpelándonos hoy quizás con más urgencia que ayer, y nos obliga a responder, responsablemente, por un mundo porvenir. Porque un pensamiento que elimina por principio al "otro" es simple y sencillamente un pensamiento suicida. Pero las palabras, como el tiempo, se gastan y a veces lo único que queda de ellas es un cascarón hueco que poco dice de lo que alguna vez, fueron capaces de decir.

Si las palabras sirven para mentir, entonces ¿desde donde hablar? si la palabra responsabilidad ya no remite a un sentido originario, ni siquiera lo roza ¿de qué hablar?. Como escribe Levinas (1993): Se que ya no se puede creer en las palabras, pues ya no se puede hablar en este mundo atormentado. No se puede hablar más porque nadie puede comenzar su discurso sin dar testimonio en seguida de algo totalmente distinto de lo que dice.

Lo cual nos remite a abordar la violencia intrafamiliar y para desentrañar su tejido nos apoyaremos en Ramírez (2000), para él por violencia intrafamiliar se debe de entender la agresión o daño sistemático y deliberado que se comete en el hogar contra algún

miembro de la familia, por alguien de la misma familia. Este daño se produce al violar o invadir los espacios de otra persona, sin su permiso, para quitarle su poder y mantenerlo desequilibrado, porque el objetivo de la violencia es vencer su resistencia y obtener su subyugación, es decir, controlarlo y dominarlo.

¿Cómo repercute esta invasión emocional al mismísimo corazón del adolescente violentado? Comparto con Laing (1961) que el adolescente en esta situación puede percibir tres formas de angustia: ser tragado, la implosión y la petrificación-despersonalización.

Ahondemos: se requiere un firme sentido de la propia identidad autónoma para poder relacionarse como ser humano con otros seres humanos. De ésta manera, todas y cada una de las relaciones amenazan con la pérdida de identidad al individuo. A una de las formas que esto asume podemos llamarla: temor a ser tragado. En esta forma, el individuo teme la relación en cuanto tal, con alguien o con algo, porque su incertidumbre acerca de la estabilidad de su autonomía lo deja expuesto al peligro de que en cualquier relación pierda su autonomía y su identidad. La maniobra principal empleada para preservar la identidad ante el temor de ser tragado es el aislamiento.

En relación a la implosión se puede decir que cuando el individuo experimenta ésta situación, siente que está vacío, pero éste vacío es él. Aunque por otra parte, suspira porque se llene el vacío, teme la posibilidad de que esto ocurra, porque ha llegado a sentir que todo lo que él puede ser es la horrible nada de este mismísimo vacío. Cualquier "contacto" con la realidad es, por lo tanto, en sí mismo experimentado como una temible amenaza porque la realidad, según se la experimenta en ésta situación, es necesariamente implosiva y por lo tanto una amenaza a la identidad.

Al utilizar el término "petrificación", se puede aplicar a varios de los significados encerrados en ésta palabra: una forma particular del terror por lo cual uno es petrificado, es decir, convertido en piedra. El temor de que esto ocurra: es decir, el temor a la posibilidad de convertirse o de ser convertido, de persona viva en una cosa muerta: piedra, robot, autómeta, sin subjetividad.

El acto mágico por el cual uno puede tratar de convertir a alguien en piedra "petrificándolo" y por extensión, el acto por el cual uno niega la autonomía de la otra persona, ignora sus sentimientos, lo considera como una cosa, mata la vida que haya en él.

¿El ser y la nada? La despersonalización es una técnica empleada como medio de tratar con el "otro" cuando se vuelve demasiado perturbador. Uno ya no se permite a sí mismo responder a sus sentimientos, y quizá se disponga a considerarlo y a tratarlo como si no tuviese sentimientos. Ante la experiencia de ser tratado como una cosa, su propia subjetividad se retira de él. Uno se ve amenazado con la posibilidad de convertirse en no más que una cosa en el mundo del otro, sin vida alguna para sí mismo, sin ser alguien para sí mismo.

La forma de actuar de las personas ante determinadas circunstancias habla de su historia de vida, de sus redes sociales, de su vida emocional, de sus relaciones políticas y de su identidad en un sentido amplio. Así la identidad de las personas está siempre manifiesta en aquellos actos que cotidianamente construyen su realidad.

Consideramos que si bien es cierto e importante señalar la caótica dimensión social en la que viven los adolescentes violentados, no menos importante es analizar cómo incorpora, introyecta e internaliza éste la violencia social, institucional y familiar, es decir cómo incide dicha dinámica global en la estructuración de su personalidad. Cómo se constituye el mundo interno, emocional y psicológico de los adolescentes violentados, cómo se forma su autoestima, su autoconcepto, la imagen de sí mismo y de los demás y sobre todo, cómo incide esta internalización en la expresión de afectos y en la forma de vincularse con su mundo externo.

Desde hace varias décadas, se han venido realizando estudios e investigaciones concretas en relación a la dinámica familiar y sus posibles consecuencias en sus miembros, de los cuales se han derivado diversas posturas fundamentadas en las consecuencias negativas que se adquieren en determinados núcleos familiares. Podemos encontrar en dichos autores un acuerdo tácito en relación al estrecho vínculo entre el grado de "salud mental" de un sujeto y su dinámica familiar.

Ante el predominio de experiencias frustrantes sobre las gratificantes, el niño desarrolla un odio intenso hacia los padres, que por su dependencia hacia ellos tendrá que contener, pero que por la misma intensidad proyectará posteriormente al mundo externo. Este exceso de frustraciones menoscaba su capacidad para discriminar, quedando propenso a la confusión. El reflejo de esta confusión se manifestará en el establecimiento de vínculos indiferenciados con una gran necesidad de dependencia, en donde se coartará el significado y la expresión del otro como ser único y diferente.

En relación a esta internalización González (1993), señala que los resultados más altos en afectos negativos alcanzados por los hijos de padres alcohólicos, son al expresar en un 96% que su padre los pone nerviosos, un 92% no los comprende, un 88% les da miedo, en un 75% no les da gusto y les pegan, un 73% sienten que su padre se avergüenza de ellos, el 69% de los niños se sienten desprotegidos, un 51% carentes de confianza y un 57% no queridos.

Estos niños también sienten a su padre como un ser triste (51%), débil (63%), celoso (51%), irresponsable (67%), grosero (45%) y deshonesto (55%). Debido a la formación de tales sentimientos negativos, también en ellos se bloqueará su capacidad para recibir y dar amor, así como su capacidad creativa y su evolución psicológica en general.

#### **La infancia del adolescente violento**

Iniciaré nuestra reflexión con un caso que nos da Laing (1961): "La madre de Juanita le envió una blusa en ocasión de su cumpleaños, la cual presentaba peculiaridades interesantes. Era dos tallas más grande que ella, no era la clase de blusa que acostumbraba vestir. Era demasiado sencilla. Su precio era mayor que el que la madre podía permitirse. No se la podían cambiar en la tienda que se la vendió. Con todo esto, cualquiera podría esperar que Juanita se disgustara o se enfadara; no obstante, se sintió avergonzada y culpable. No supo que hacer consigo misma, dado que ella no era de la talla de la blusa. Ella debía quedarle a la blusa y no la blusa a ella. Debía haberle gustado, debía haberse ajustado a la idea que su madre tenía de ella."

El Centro Internacional de la Infancia de París, considera que maltrato infantil es "cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia



que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo".

¿Psicodinámicamente como se instrumenta esta definición?

Según Gallo (1999) el maltrato infantil se configura cuando deja de ser una forma contingente de manifestar el odio al más íntimo y se convierte en un acto sistemático de condena a la infelicidad. Este acto le da consistencia a un supuesto verdugo, que en la vida cotidiana reitera una sentencia humillante para su víctima, ser a quien le está recordando constantemente su desgracia, dibujándole un destino de tribulaciones.

El niño maltratado se conforma con un placer que no toca abiertamente el cuerpo del otro, pero golpea su imagen mediante una crítica agresiva que puede llegar a suplantar la atracción erótica y en general la comunicación posible. El maltrato es una prueba viviente de que la ausencia de unos padres reales produce en el menor el sentimiento de estar desalojado de un lugar simbólico al que se siente con derecho. La vivencia de los procesos afectivos demuestra que una palabra castiga, humilla, salva e incluso mata, un gesto de rechazo sistemático o de intolerancia aplasta, una mirada inquisidora horroriza.

Al respecto Casado (2000) señala: Allí donde se aniquila el deseo, el vínculo social que inserta al niño se convierte en un desierto de goce. De la cultura que nos habita, y con la cual nuestros ancestros tienen mucho que ver, tomamos significantes, valores que nos anteceden y que nos son dados por quienes nos rodean, por el "Otro"; ese "Otro" que nos habita, se internaliza y es todo una batería de significantes.

El niño aprende a operar en contextos sociales violentos desarrollando esquemas de acción que le permitan buscar un equilibrio o un reequilibrio frente a la depravación de la que es objeto. Ello casi nunca es sin costo tanto para su aparato psíquico como para la rotulación que sufre y que parece responder al "para qué me quiere el Otro", lo cual apoya su posibilidad de construir su propio saber.

En las familias que padecen situaciones de violencia extrema, lo tanático es hegemónico; no hay demasiado lugar para Eros. Menos aún, para libidinizarse los objetos de conocimiento.

Cuando el cuerpo de aquel "Otro" de los primeros momentos de la vida, no ofrece su presencia como soporte real a la angustia o a la demanda del niño, las ansiedades lo invaden, los esquemas se rigidizan. Es el niño que luego vemos dando respuestas automáticas sin poner en juego funciones del pensamiento que le permitan evaluar cuál es la operación a utilizar frente a un problema. No pueden inhibir el impulso.

### **Adolescencia del adolescente violento**

Desde mi punto de vista en la adolescencia no se adolece, sino más bien se está lleno de pensamientos, ideas, afectos, sensaciones, emociones, miedos, incertidumbre, culpa y ansiedad.

Esto lleva al adolescente a gritarse "yo he llegado a ser para mí un gran problema". Ante esta situación lo primero que se apodera de él es una gran ansiedad y es cuando surge el "si yo fuera usted". El si yo fuera usted es más común de lo que uno pudiera pensar, pero en la adolescencia se intensifica. Al no encontrar en la familia un espacio que lo contenga su alternativa para concretizar el si yo fuera usted es la violencia. Paliativo que le permite intensificar la identificación con el agresor como defensa ante la ansiedad y la culpa.

El trabajo cotidiano con adolescentes nos ha llevado a reflexionar en que en la adolescencia, existen muchos adolescentes que vivencian y son envueltos por diferentes contextos.

Así, convivimos con adolescentes que presentan sorpresa ante sus cambios psicológicos, afectivos y sociales, pero existen los adolescentes drogadictos, los que tienen como alternativa un intento suicida, los homicidas, los que violan o son violados, los que roban, a esos que se les señala como adolescentes con conductas antisociales o violentos.

El trabajo con adolescentes de la calle, adolescentes que presentan secuelas del síndrome de maltrato, adolescentes homicidas y adolescentes con intentos suicidas, me plantean los siguientes cuestionamientos:

- ¿Como vivencia este adolescente su crecimiento?

- ¿Se percata de sus cambios biopsicosociales?
- ¿Los vivencia o los actúa?
- ¿Tendrá tiempo para reconocerse?
- ¿Como se construye su identidad?
- ¿Como expresa sus afectos?

Querer ser o la búsqueda de la identidad. Sigo reflexionando, como busca este adolescente su identidad, con que ojos, con que oídos, con que vivencias, finalmente con que historia va construyendo su identidad.

En una sesión de terapia grupal "el conejo" un adolescente del tutelado, internado por homicidio, comenta:

- "Ya estoy hasta la madre, siempre en los talleres de adolescencia se habla de sexualidad, adolescencia y drogas, porqué no hablamos de las paredes".
- Terapeuta: ¿Cómo de las paredes?
- "¡Sí!, de la paredes, de esas bardas que están en todas partes, me siento encerrado, esto no sirve, cuando salimos hacemos lo mismo, unos vuelven a rodar, otros a drogarse y yo... yo también".
- Terapeuta: ¿También que?
- "Te dicen no hagas esto, no hagas lo otro, pero lo tienes que hacer, y luego sin querer hacerlo, lo haces".

En las investigaciones que estamos realizando se repite con frecuencia esta petición: "Psicólogo, ¿Qué soy?, quiero saber que soy, ¿un neurótico, un obsesivo, un psicópata? Necesito saber quien soy. No me siento, no me sé, no me veo. Cuando levanto una pierna siento que se levantan las dos, cuando levanto mi brazo derecho se levantan dos, es como dimensional o tridimensional. En verdad, ya no sé, si vivo adentro de mi cuerpo o yo soy mi cuerpo y alguien vive adentro de mí. Arturo, ¿Que soy?".

Ejemplifiquemos con un caso ¿típico?:

Francisco, 15 años. Por ares del inconsciente surge el tema del cuerpo, el adolescente separa los labios y escucho este discurso:

"Tengo dos cuerpos. Uno interno y otro externo. Lo que detesto de mi cuerpo interno es mi pie plano, también detesto mi nariz, los barros que me salen, mi tabique en dirección opuesta, mi deficiencia para poder respirar con normalidad, mis piernas una mas alta que la otra y mi cabello que es chino y que cada enojo que tengo hace que me salgan canas, ahí y mi dedo anular derecho que está chueco por un balonazo hace diez años".

Se trabaja en sesión y vuelve a separar los labios: "los afectos que tengo hacia mi cuerpo externo son que estoy gordo, los apodos más comunes que recibo son: gordito, albóndiga con patas, cilindro, botellón, etc. Son una molestia, pero no puedo evitarlos... Mi cuerpo externo es odioso porque me ocasiona disgustos tan grandes como invitar a una chica a bailar y ella no acepte, como cuando te escogen para ser la pareja de una flaca, te tratan como un cerdo, o una vaca, un animal sin cerebro. Mi conciencia es como una sombra que siempre siento que está dispuesta a salir en momentos de angustia, histeria o locura".

En esta ocasión no quiero compartir con ustedes un análisis de caso, sino una forma de vivenciarse o de "no vivenciarse".

Cuando hablamos de adolescentes, el término actuación suele ocupar un lugar prominente. De acuerdo con Bios (1962) se debe señalar que los traumas tempranos son un prerrequisito de la actuación, pero ésta solo adquiere su singular carácter merced a la superposición de este factor con otros elementos predisponentes específicos. Uno recibe la impresión de que la actuación se parece a esos particulares empeños por dominar tardíamente un trauma en pequeñas dosis mediante la repetición. Por su propia naturaleza, la actuación ha anulado la capacidad de dominio convirtiéndola en un acto de evitación. Un aspecto privativo de la actuación la distingue de la compulsión de repetición, en ella, es defectuosa la formación de símbolos mediante la cual, normalmente, la acción es reemplazada o postergada a través del ensayo en el pensamiento y en la fantasía.

Jacobson (1994) nos señala que un individuo actuante se vuelca hacia el mundo externo como hacia un objeto parcial que alivia su tensión, el mecanismo de la proyección desempeña un prominente papel en la actuación y puede fácilmente encubrir un proceso psíquico del tipo de un estado paranoide incipiente.

Lo cual hemos podido comprobar en algunos sueños evacuativos de nuestra población de adolescentes violentados. Mencionemos algunos:

- 1.- Sueña que una bola negra lo correteaba cada vez más fuerte.
- 2.- Sueña que le cortaba la cabeza un señor de negro, no le vio la cara, pero estaba en su casa.
- 3.- Sueña que se cayó en una barranca y no podía salir de ella.
- 4.- Sueña que se encontraba en el campo, caminando solo, de un lado para otro, caminaba y caminaba, y nunca llegaba a su casa, se moría de tanto caminar.
- 5.- Que lo correteaban tres hombres, que lo querían matar, pero se les escapaba brincando bardas. Llevaban cuchillos y uno se lo enterró y murió.
- 6.- Soñó que mataban a su hermano en un pozo, después de corretearlos.

Evidentemente vemos la persecución en su máxima expresión.

### **Resultados y conclusiones: la identificación con el agresor como una alternativa de existencia**

Esta investigación trata de aportar algunos elementos para poder comprender el proceso identificatorio del adolescente violento y cómo incide en él. A continuación se presentan los resultados y las conclusiones que surgen tanto del nivel teórico como de la interacción clínica.

Al interactuar con adolescentes violentos llama la atención que el comportamiento manifestado no responde únicamente a una especie de imitación sino que se debe a un mandato o necesidad que procede del mundo intrapsíquico, de un lugar del que se ejerce el gobierno sobre el sujeto, induciéndole a seguir unas pautas de conducta determinadas. Así el adolescente indirectamente habla como otros, actúa como otros; en consecuencia, es como otros.

El concepto de identificación no es trivial, ya que la personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones. Freud (1900) señala en la Interpretación de los sueños: "La identificación no es una mera imitación, lleva a cabo un movimiento de apropiación y tiene conexión con una comunidad que persiste en el inconsciente." La identificación obedece a una meta inconsciente, ella toma real, bajo la forma del cumplimiento alucinatorio, la creencia de ser otro.

En psicología de las masas y análisis del yo, Freud (1921) apunta que el psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona, desempeña un papel en la prehistoria del complejo de Edipo, el varoncito manifiesta un particular interés hacia su padre; quería crecer y ser como él, hacer sus veces en todos los terrenos, digamos simplemente: toma al padre como su ideal, esta conducta nada tiene que ver con una actitud pasiva o femenina hacia el padre; al contrario, es masculina por excelencia, se concilia muy bien con el complejo de Edipo, al que contribuye a preparar. Desde el comienzo mismo, la identificación es ambivalente; puede darse vuelta hacia la expresión de la ternura o hacia el deseo de eliminación, se comporta como un retoño de la primera fase oral, de la organización libidinal, en la que el objeto anhelado y apreciado se incorpora por devoración y así se aniquila como tal.

Podemos sintetizar: en primer lugar, la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto; en segundo lugar, pasa a substituir a una ligazón libidinal de objeto por la vía regresiva; y en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales, mientras más significativa sea esa comunidad, tanto más exitosa podrá ser la identificación parcial y, así corresponder al comienzo de una nueva ligazón.

En *Tótem y tabú*, Freud (1913) nos lleva a que nos representemos la escena de aquel banquete totémico: el clan, en ocasiones solemnes, mata cruelmente y devora crudo a su animal totémico, su sangre, su carne y sus huesos; los miembros de linaje se han disfrazado asemejándose al tótem, imitan sus gritos y movimientos como si quisieran destacar la identidad entre él y ellos. Consumada la muerte, el animal es llorado y lamentado. El lamento totémico es compulsivo, arrancado por el miedo a una amenazadora represalia, y su principal propósito es sacarse de encima la responsabilidad por la muerte.

Odiaban a ese padre que tan gran obstáculo significaba para su necesidad de poder y sus exigencias sexuales, pero también lo amaban y admiraban. Tras eliminarlo, tras satisfacer su odio e imponer su deseo de identificarse con él, forzosamente se abrieron paso las mociones temas avasalladas. Aconteció en la forma del arrepentimiento; así nació una conciencia de culpa que en este caso coincidía con el arrepentimiento sentido en común. El muerto se volvió aún más fuerte de lo que fuera en vida: lo que antes él había impedido

con su existencia, ellos mismos se lo prohibieron ahora en la situación psíquica de la "obediencia con efecto retardado".

En Recordar, Repetir y Reelaborar, Freud (1914) nos indica que el sujeto no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber que lo hace.

En Duelo y Melancolía, Freud (1915) se refiere a la identificación narcisista con el objeto, donde ésta se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae como resultado que el vínculo de amor no debe resignarse a pesar del conflicto con la persona amada.

Las aportaciones de Freud sobre la identificación han sido enriquecidas por otros autores como Ladame (1990) el cual señala que el hilo de las asociaciones de Freud anudan el concepto de una compulsión a repetir, la constatación de un demonismo pulsional, en el cual el principio de placer debe sufrir una ascensión. Esta extrañeza inquietante (lo siniestro), y a la vez familiar engloba muchas ideas complementarias: la duda entre lo que es animado y lo que no lo es, el clivaje y la figura del doble, que reenvían a un narcisismo negativo o primario, el incesto, el parricidio y la autodestrucción.

Hemos dicho que la identificación obedece a una meta inconsciente, ella toma real, bajo la forma del cumplimiento alucinatorio, la creencia de ser otro. Pero también Widlocher (1971) nos aporta que la identificación define la temática de la fantasía inconsciente. Es el resultado de un trabajo psíquico que obedece al principio del proceso primario. Al unir la identificación al trabajo del inconsciente señalamos otra diferencia: no cabría asimilarse a una simple figura de estilo; no es una simple metáfora, la sustitución de un significante por otro. Esta última no es más que un efecto del trabajo psíquico primario destinado a representar la meta perseguida: la acción que el otro lleva a cabo o soporta se transforma en aquella que el sujeto se representa como constitutiva de su ser en el presente. Ser el otro inconscientemente, a la manera de la fantasía, es más que desear ser como el otro o significar la identidad.

Podría decirse que toda identificación busca superar la impotencia y dependencia del objeto, tratando de lograr la autonomía del mismo, pero si bien una parte lo logra al

identificarse con él, al mismo tiempo cercena su autonomía y libertad al ser el otro, lo que implica una paradoja, cuya imposibilidad de resolver, veremos exacerbada en la adolescencia. Partiendo de su indefensión y desvalimiento el ser humano durante largo tiempo, es que necesita ligarse y a veces aferrarse a los objetos, para no ser presa de intensas vivencias angustiosas de vacío y de caída, así como incompletud, que no serían ajenas a los fines últimos de la identificación. Aunque sucesivos desplazamientos identificatorios y nuevas identificaciones lo fortalezcan, enriquezcan y alejen de sus primigenias vivencias, lleva igual ese sello de origen, que solo ilusoriamente cree eludir y que recurrentemente lo acusa.

Asimismo, Aulagnier (1991) destaca que "El yo es producto de las sucesivas experiencias de impotencia en las que fue modelado por el otro, las imágenes que el yo construye de sí mismo tienen siempre como referencia su propia imagen, pero también las que le brindan los otros, el yo debe articular esas dos referencias: su reconocimiento y el reconocimiento de él mismo por parte de la mirada de los otros, progresivamente, la verdad de los enunciados que se refieren al yo y lo definen ya no está en poder exclusivo del discurso de ningún otro, sino que es esperada del discurso del conjunto".

En ese sentido el adolescente violento no realiza una simple imitación de sus agresores, lleva acabo una apropiación de éstos por medio de una identificación, la cual tiene conexión con el inconsciente. En la génesis de su identificación se detectó el siguiente proceso: primeramente, el adolescente violento imita conductas antisociales de sus figuras persecutorias; en un segundo momento aprende e incorpora dichas actitudes y finalmente se identifica con el agresor por medio de ellas. Así, el adolescente violento toma real, por medio de la identificación, el cumplimiento alucinatorio y su creencia de ser otro. Se reitera, el adolescente violento además de imitar conscientemente conductas de sus figuras punitivas, cree ser esas figuras punitivas con la finalidad de evitar la ansiedad.

Completamente olvidados de su autenticidad, algunos adolescentes se identifican con el agresor, y mediante la identificación, el temor desaparece como parte de la realidad externa. No cabe duda que la identificación con el objeto temido sirve para transformar la angustia en una grata seguridad.



Es innegable, que al hablar de identificación es fundamental conocer el contexto en el cual ella se produce. En el adolescente violento su contexto es hostil, donde predomina un padre periférico, persecutorio, alcohólico y modelos agresivos a imitar (líder del barrio, dinámica del vecindario, etc.), que refuerzan la instrumentación de la agresión de su agresor. Así, la necesidad de ser el otro inhibe su grado de autonomía y de individuación.

Por otra parte, el uso abusivo del mecanismo de la identificación con el agresor estaría emparentado con un superyo "corrupto" y con un desentendimiento con respecto a las reglas de convivencia. Es decir, el sujeto tiende a realizar en los demás el daño que ha recibido, justificándose o tomándose la licencia de no respetar ciertos valores y tratando simultáneamente de arrojar sobre el prójimo el objeto sádico que lo atormenta y que es el resultado de la persecución y del maltrato internalizados. El hecho de doblegarse a los requerimientos de un agente externo le lleva a sumergirse en un estado de progresiva debilidad y dependencia. Por tal motivo, el adolescente violento vive con ansiedad y es a partir de sus actos como se libera momentánea e ilusoriamente de su malestar.

Nuestra investigación confirma la tesis de Anna Freud (1936) de que cuando el niño se identifica con la amenaza de castigo de los adultos, da un paso decisivo hacia la formación del superyo y agregaríamos que incide directamente en la estructuración del ideal del yo.

En el 75% de nuestra población (40 menores infractores) las cualidades y defectos del educador, el padre (agresivo, gritón, golpeador, irresponsable), así como su manera de vincularse con el adolescente violento (utilización de la agresión física y verbal) incidieron en la estructuración de un superyo punitivo, que al querer ser controlado para evitar la ansiedad, distorsiona y tergiversa la formación de ideal del yo, como modelo a seguir.

Por lo que, cuando el adolescente violento se identifica con la figura agresora (judicial, policía, custodio, líder de barrio, etc.) no se identifica con él, sino con su agresión, lo cual es una replica de la agresión de las figuras (malas) de su infancia. El ideal del yo del adolescente violento es una reedición de sus introyecciones infantiles, dada justamente en una fase de despersonalización (adolescencia).

Cabe destacar que la mayoría de los que utilizan la violencia en su vida diaria son personas que durante su infancia, fueron expuestas frecuentemente a severos castigos, vejaciones y sucesos violentos, lo cual generó una reacción defensiva para reprimir o rechazar de sí mismos tan grande sufrimiento. Se observa en los adolescentes violentos una tendencia a sorprender en el discurso, en sus juegos, en sus actitudes y en sus fantasías, lo cual (por su identificación con el perseguidor) les reconforta y da seguridad. Es indudable que están inmersos en un ambiente donde necesitan desarrollar habilidades de astucia; el aprendizaje general está poseído por estrategias de manipulación que les lleva a ser astutos en determinados espacios y en otros a encontrarse totalmente inermes. En situaciones de riesgo pueden atreverse a todo, no importándoles mucho salir mal librados, pero en otros momentos, cuando tienen que enfrentarse a cuestiones cotidianas y normales (por ejemplo, a la hora de relacionarse afectivamente) no saben cómo comportarse.

A la pregunta que Fairbairn (1978) se hace ¿cómo es que el niño internaliza sus objetos si éstos son malos?, ¿por qué no los rechaza? Obtuvimos que cuando el adolescente violento realiza dicha conexión con sus objetos persecutorios puede tomar varios caminos; conscientemente los puede ignorar, pero inconscientemente los necesita y anhela. El adolescente violento está poseído por ellos, se le imponen en cada uno de sus actos, en cada una de sus actitudes y en cada una de sus propuestas. Esta dinámica en la internalización de los objetos malos (punitivos), la identificación con el agresor y la idealización del mismo incide directamente en la estructuración del ideal del yo, el cual tiene en su origen basamentos narcisistas, lo que el adolescente violento proyecta ante sí como su ideal del yo, es el substitutivo del narcisismo perdido en la infancia; en aquel entonces él mismo era su propio ideal, este estado narcisista es abandonado, especialmente a causa de la crítica que los padres ejercen sobre el niño, de la internalización de los objetos malos, de la identificación con el agresor y de su idealización, tergiversándose así la figura ideal (como modelo al que el adolescente violento intenta adecuarse) donde el objeto malo (agresor) es valorizado y el bueno (amoroso) desvalorizado.

El adolescente violento manifestó tendencia al acting out: es decir, la utilización de la acción como medio de eliminar la tensión. Debido a su tergiversación transforma sus

tensiones pulsionales en vivencias insoportables, que deben ser impostergablemente, descargadas mediante la acción.

En el adolescente violento se da una extrema disociación de sus afectos. Es decir, sus vínculos interpersonales se caracterizan por una radicalización en su interpretación (existen sujetos agresores o gratificadores, pero no con ambas características). Lo que le impide un reconocimiento de su identidad y por tal, de su realidad que emana de una negación en la comunicación con su pasado.

Como resultado de la disociación de los afectos se va a reforzar la conducta antisocial. La violencia ejercida constituiría una vía de adaptación social, una forma de superar la propia inseguridad y el temor. Se la considera como el medio de superarse a sí mismo y de ser alguien reconocible por el entorno social. Por la violencia misma se vive, se siente y se es alguien en esta sociedad.

En el adolescente violento en su discurso, juegos, actitudes y fantasías, se detecta una tendencia a sorprender, lo cual lo reconforta y asegura, por su identificación con el perseguidor. Se confirma la postura de Liberman (1993), la fantasía básica existente respecto al propio self es de algo muy destruido, no reparable. El falso self consolidado sobre el tipo específico (por lo arcaico) y estable de identificación con el perseguidor constituye la única garantía para evitar el derrumbe, de ahí la dificultad para el insight y la reversibilidad.

Los padres del adolescente violento son sujetos narcisistas que consideran a sus hijos, como prolongaciones de sus cuerpos y quieren realizar a través de ellos acciones y emociones no elaboradas. Las características de personalidad del padre son obsesivas, persecutorias. El padre es respetado a la vez que odiado y en relación a sus hijos es remoto y periférico, inspirando amor y temor.

Finalmente diremos que en el adolescente violento la presencia que emana de una ausencia incide directamente en la creación de fantasías de angustia o agresivas, pero no genera la formación de límites estables, ya que éstos los aporta la presencia física del padre. Esta ausencia-presencia produce tergiversación superyoica, lo que fundamenta el origen de límites perversos, que se instrumentan en las conductas violentas.

Es un adolescente y como tal busca establecer su identidad adulta apoyándose en sus primeras relaciones objetales-parentales. En él las conexiones infantiles se apoyan en incorporaciones agresivas y persecutorias, tergiversando el establecimiento de su identidad, esta turbación y confusión le genera ansiedad, la cual trata de eliminar mediante el acting-out y la instrumentación de conductas violentas.

Terminemos con la narración de un caso:

Juan, 15 años. La madre es mesera con matices de prostituta; es violenta y quien gobierna la casa. El padre los abandonó y se fue a los Estados Unidos. El padrastro es alcohólico, débil y vende droga. En una de las sesiones Juan me dice:

Arturo, ya sé a lo que me voy a dedicar; voy a ser teatrero. Te cuento mi obra:  
Personajes: Papá, mamá, 2 hijos, un amigo, 2 hermanas, otro amigo y un hermano del papá.

La mamá está en una pachanga, toma en exceso y se muere ahogada en alcohol. El papá les dice a sus dos hijos que su madre había muerto. Los hijos en el camino a la escuela se encuentran a un tipo y les dice: "están tristes, yo les voy a dar algo para ponerse alegres" y los hijos acceden, tiempo después el padre los ve drogados y les dice: "¿qué tienen hijos?" Y los hijos le responden: "¡Cállate animal!" y le dan una severa golpiza.

Tiempo después uno de los dos hijos muere de sobredosis de tachas. Y como el otro le debía dinero al tipo, lo mata y el papá mata al tipo y el tipo tenía dos hermanas y estas matan al papá, pero el papá tiene una hermana y ella mata a las dos hermanas.

Moraleja: "La venganza no es buena, mata el alma y la envenena".

### Referencias

- Aulagnier, P. (1991) *Cuerpo, historia, interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu  
 Baró, M. (1965) *Acción e ideologías, psicología social desde Centroamérica*. México: UCA  
 Bios, P. (1962) *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Paidós

- Casado, S. (2000) Maltrato parental y problemas infantiles. Recuperado de <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clínica/ct108.htm>
- Dostoevski, F. (1960) Crimen y castigo. México: Porrúa
- Eco, H. (1997) ¿En qué creen los que no creen? México: Paidós
- Fairbairn, R. (1978) Estudio psicoanalítico de la personalidad. México: Paidós
- Freud, A. (1936) El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós
- Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1913) Tótem y Tabú. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1914) Recordar, repetir y reelaborar. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915) Duelo y melancolía. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del Yo. Buenos Aires: Amorrortu
- Gallo, H. (1999) Usos y abuso del maltrato. México: Universidad de Antioquia
- Gleizer, S. (1997) Identidad, subjetividad y sentido en las sociedades complejas. México: FLACSO
- González, J. (1993) Investigación de los afectos en los hijos hacia el padre alcohólico. *Aletheia*, 12.
- Gultang, J. (1966) Teoría y métodos de la investigación social. México: Universitaria
- Jacobson, J. (1994) Psicopatología y psicología normal. México: Paidós
- Ladame, F. (1990) Freud, la compulsión a la repetición y la adolescencia. *Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2.
- Laing, R. (1961) El yo y los otros. México: Fondo de Cultura Económica
- Levinas, E. (1993) El tiempo y el otro. Barcelona: Paidós
- Liberman, R. (1993) Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca
- Ramírez, F. (2000) Violencia masculina en el hogar. México: Pax
- Widlocher, D. (1971) Interpretacao dos desenhos infantis. Petrópolis: Voces

## Intervención psicoterapéutica en jóvenes consumidores de drogas

Fernando Bibao Marcos<sup>1</sup>

### Resumen

Desde hace algunos años se considera que uno de los aspectos más críticos del tratamiento de las adicciones es la frecuente recaída de los adictos que han recibido los más diversos tratamientos. El problema a desarrollar es, el análisis crítico sobre la medida en la que los adolescentes que consumen drogas pueden establecer la alianza terapéutica y la posibilidad de establecer la conciencia de enfermedad de los mismos. Se expone una viñeta clínica de un paciente adolescente, masculino, consumidor de diversas drogas. El método psicoterapéutico es de corte psicoanalítico, con frecuencia de dos veces por semana, 45 minutos por sesión, cara a cara. Se concluye que en casos de adolescentes que consumen drogas y no son adictos a ellas, es posible realizar una psicoterapia psicoanalítica en consulta externa con buenos resultados, donde el sentido de consumo de drogas se desengancha de la tendencia compulsiva y repetitiva y forma parte de una experiencia que no trasciende de la adicción.

**Palabras clave:** jóvenes, drogas, adicción, intervención

### Introducción

El problema a desarrollar en este trabajo es el análisis crítico sobre la medida en la que los adolescentes que consumen alguna o algunas drogas pueden establecer la alianza terapéutica y la posibilidad de determinar la conciencia de enfermedad de los mismos. Se expondrá una viñeta clínica de un paciente adolescente, del sexo masculino, consumidor de diversas drogas. El método psicoterapéutico es de corte psicoanalítico, con una frecuencia de dos veces por semana, de 45 minutos por sesión, cara a cara. Los resultados se miden, no por el abandono total del uso de drogas, que si se presenta en el caso, sino por el reestablecimiento de la vida social, afectiva y educativa del paciente. Lo que implica una propuesta terapéutica en la que el objetivo del tratamiento no se centre en el uso y/o abuso de la droga sino en el sujeto de deseo del paciente. Se concluye que en casos de adolescentes que consumen drogas y no son adictos a ellas, es posible

<sup>1</sup> Profesor Investigador de tiempo Completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México. Las líneas de investigación: factores que influyen en las recaídas de los adictos a diversas drogas y estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas en adolescentes que estudian en el nivel medio superior y superior. Psicoterapeuta Psicoanalítico. E-mail: fer\_bibao@hotmail.com.mx

realizar una psicoterapia psicoanalítica en consulta externa, con buenos resultados, donde el sentido del consumo de drogas se desengancha de la tendencia compulsiva y repetitiva, y forma parte de una experiencia que no trasciende a la adicción.

Desde hace algunos años se considera que uno de los aspectos más críticos del tratamiento de las adicciones es la frecuente recaída de los adictos a las drogas que han recibido los más diversos tratamientos. Se calcula que un 80% de los adictos que han recibido algún tratamiento, vuelven a su consumo habitual, por los menos dentro de los siguientes seis meses después de haber sido atendidos (Echeburúa, 1995). Es por ello que mi interés de investigación se ha centrado, en los últimos años, en este fenómeno. La investigación surgió desde el ámbito psicoterapéutico, pero paulatinamente fui incursionando en los fenómenos psicosocioculturales de las adicciones, utilizando para ello la metodología cualitativa (Bilbao, 1997, 1998, 1999 y 2000) para retornar después, de una manera diferente, a la situación psicoterapéutica. Así, en un principio se trabajó en un proyecto de atención psicoterapéutica de la Fundación Best en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, con 11 personas: una mujer de 20 años y 10 varones entre 18 y 28 años, con escolaridad desde la secundaria terminada hasta una carrera profesional, de nivel socioeconómico medio-medio alto. La mujer de nacionalidad estadounidense y los varones principalmente originarios del Distrito Federal, Cuernavaca, Guerrero y Ciudad Juárez. Los participantes de este estudio habían sido considerados, tanto por las instituciones que los habían atendido como por ellos mismos, como adictos poliusuarios. Estaban internados en un Centro de Rehabilitación para adictos, con la modalidad de 24 horas Alcohólicos Anónimos. Se les permitía salir de dicho centro, de hecho los "padrinos" los trasladaban a todos simultáneamente en un vehículo y mientras esperaban su cita con el psicoterapeuta, se dedicaban a sesionar en grupo y/o también participaban en juegos de mesa o deportivos. Acudían a la Fundación para atenderlos en Psicoterapia Breve de 6 sesiones con la modalidad de L. Bellak (1983).

Esta psicoterapia se caracteriza por identificar el o los problemas específicos y emergente de atención. Se trabaja de manera intensiva por medio de la interpretación la psicodinámica del paciente y a la quinta sesión se espera haber resuelto o aminorado la problemática presentada. Un mes después se realiza la sexta sesión que es de seguimiento y evaluación. El objetivo principal, en este estudio, era tratar de resolver específicamente el conflicto psicológico que estos pacientes manifestaban como el más

doloroso y urgente para ser atendido por un psicólogo. Ya se tenía como prerrequisito, el hecho de que fueran adictos recaídos, es decir personas que habían vuelto a consumir después de haber sido atendidos por ese lugar u otros. Se tenía la hipótesis de que esas recaídas se debían a problemas o conflictos psicológicos no resueltos y/o no tratados, porque el principal objetivo de los tratamientos para adictos, es que el sujeto deje de consumir la o las drogas, independientemente de los trastornos subyacentes e individuales que cada caso puede presentar, por lo tanto se requería de una psicoterapia específica para esos problemas, de esa manera se estaría complementando todo el tratamiento de una manera integral:

1) 12 pasos de los A.A. Estos consisten en el seguimiento de doce principios que emergen de esta agrupación, tales como reconocer que son adictos o alcohólicos y que hay un Ser Superior, al cual "se deben y ponen en sus manos" la solución a su adicción y la devolución del sano juicio. Posteriormente realizan un inventario moral de actitudes y problemas de ellos mismos; realizan un recuento de las faltas y agravios (que se conocen como defectos de carácter) cometidos a las personas que conviven con ellos y en la medida en que no afecten a terceros, proceden a solicitar disculpas a los afectados y a reparar los daños cometidos; revisan sus actos y admiten cuando se equivocan y oran para que el Ser Superior, por medio de la meditación y la oración superen la soberbia y establezcan la humildad como estilo de vida. Finalmente establecen un compromiso de llevar el mensaje de A.A. a otras personas afectadas por la adicción (Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., 1989).

2) Atención médica y desintoxicación por un médico, pagado por esa institución. Que consiste en una serie de análisis clínicos y diagnóstico de otras enfermedades asociadas a la adicción. El proceso de desintoxicación, que implica la reducción de la droga o el alcohol en el organismo, es a través del suministro de sueros y vitaminas. Además, normalmente se proporciona benzodiazepinas para el manejo de la ansiedad y/o craving (anhelo por la droga).

3) Psicoterapia breve, ejercida por un psicoterapeuta y tres psicólogas. Descrita anteriormente.

En esta experiencia se registró de manera consistente que todos los pacientes atendidos que participaron en este estudio, presentaban como uno de los conflictos más importantes



para ella, sus relaciones de pareja, y de acuerdo a sus relatos, se reconoció como el principal motivo de la recaída. Estos datos concordaban con mi experiencia clínica reciente de por lo menos dos personas de mediana edad, un hombre L.P. quien se presenta como alcohólico, de 34 años, dueño de un taller de carpintería, con estudios trunco en la facultad de derecho, con fuertes tendencias depresivas e intento suicida consecutivos a la separación de su mujer con la que tenía 14 años de casados y dos de noviazgo (él tenía 20 años y ella 16 cuando iniciaron su relación y luego se casaron por embarazo); él inició el consumo de alcohol un mes después de que se casaron; Posteriormente inició un proceso de recuperación asistiendo a los grupos de A.A. y un tiempo después dejó de beber.

Después de una serie de experiencias violentas e infidelidades de él, ella decide dejarlo y le pide el divorcio. Cuando se presenta la separación se deprime, inicia un consumo diario, sin parar, de alcohol del 96° y unas semanas antes de asistir al tratamiento intenta suicidarse tomando veneno para matar alacranes y es entonces cuando inicia la psicoterapia. Después de dos años de tratamiento en el que se abordan la depresión por la angustia de separación y el vínculo de esta experiencia con la muerte de su padre, (que se suicidó, también alcohólico), deja la carpintería, inicia una nueva relación de pareja con una psicóloga, elabora una revista política de la cual se genera un buen ingreso económico por la venta de publicidad a los gobernantes del momento y deja de tomar (a la fecha tiene 17 años sin volver a tomar en términos disfuncionales; es decir, se han presentado esporádicas recaídas, pero sin volver a las situación anterior, volviendo a la abstinencia con mayor rapidez y sin graves daños a su persona o a sus conocidos).

El otro caso es el de una mujer A. de 42 años, cuyas pérdidas se remontan desde los 9 años de edad cuando su padre murió de cáncer, fue entonces cuando su madre, al quedar viuda con 5 hijos, inicia el consumo de alcohol hasta llegar al alcoholismo; a los 15 años sufre otra pérdida importante al morir su abuelo de un infarto, quien afectivamente sustituyó a su padre; al los 18 termina la preparatoria y empieza a trabajar de secretaria en una compañía alemana y aprende tres idiomas, conoce a su esposo y se casa a los 26 años; el esposo no trabajaba y dejaba en ella toda la responsabilidad del hogar; por esa época, tiene otra gran pérdida, al morir su mejor amiga de cáncer. Posteriormente su esposo inicia su vida laboral y la paciente se retira del trabajo para atender a sus dos hijos, él esposo se aleja de ella, la abandona e inicia una relación clandestina y la

paciente inicia el consumo de alcohol hasta emborracharse diariamente por las noches después de dormir a sus hijos. No soporta una nueva pérdida en su vida y retoma la conducta de su madre de beber por las noches como aquella. En este caso el tratamiento no continuó porque la paciente abandona a las tres semanas de iniciadas las entrevistas.

Estos dos casos tienen relación con la pérdida de la relación de pareja y su influencia en el consumo de alcohol. Además, como en el caso que se presentará más adelante se observa como una constante los antecedentes de consumo de alcohol entre los padres.

### **Elementos de análisis de los efectos del tratamiento**

La problemática de la relación de pareja entre los adictos es un punto de partida que no hay que descuidar en la investigación sobre los factores influyentes en las recaídas de los adictos, de hecho en el proceso subsiguiente de esta investigación cualitativa, se sigue manteniendo como un aspecto importante en la vida de los consumidores de drogas. Pero justamente, también desde un principio del proceso terapéutico de esta experiencia clínica, se puede dar cuenta de otros aspectos que influyen para que la mayoría de los procesos de atención para adictos mantengan sin resolver el consumo de drogas. Esos otros aspectos a considerar son, entre otros, el mismo procedimiento rehabilitatorio y la concepción clínica y social que se tiene del adicto. En otros trabajos (1998, 1999 y 2000), se han planteado algunos cuestionamientos sobre los centros de rehabilitación para adicciones. Se han cuestionado algunas posturas y prácticas tradicionales respecto a las curas ofrecidas por algunos centros o agrupaciones como los grupos de Alcohólicos Anónimos tales como:

1. Que los especialistas y las instituciones en donde se desarrollan los procesos terapéuticos y de rehabilitación, consideren que no es el procedimiento de rehabilitación el que falla, sino la "ingobernabilidad" del adicto o bien la característica de la enfermedad (Bibao, 2000)
2. Que se aplique el mismo modelo de atención a todos los adictos por igual (Bibao, 2002).
3. Que en el concepto mismo de adicto y el de recaída, haya tal generalización, que se considere por parte de los familiares, profesores, terapeutas y hasta los mismos

consumidores de drogas (Bilbao, 2000), en los hechos, como iguales, al que está dependiendo de la droga y al que es un consumidor cotidiano o no de la misma.

4. En cuanto al concepto de recaídas, se considera aquel que de ninguna manera ha pensado, consciente o inconscientemente, dejar de consumir. Es decir, no por el hecho de ser internado o por que acuda algún servicio de atención la persona consumidora de droga, ha ingresado a algún proceso de rehabilitación o tratamiento. Ha dejado de consumir, viéndolo conductualmente, principalmente porque el acceso a la droga es más complicado, que no imposible, dentro de estos centros. Pero, al parecer el sujeto sigue psicológicamente enganchado con la droga (planteado de la siguiente manera: "en cuanto salga volveré a consumir"; "lo primero que voy a hacer cuando me vaya de aquí es dame un toque de meta"; "en cuanto se descuiden me escapo y me voy a chupar" etc.) y el o los tratamientos no han sido lo suficientemente influyentes en el ámbito psíquico para que el adicto deje de drogarse, aunque tenga éxito en lo médico, sobre todo en lo que concierne a la desintoxicación (Bilbao 1998, 2000).

Así planteados algunos de los aspectos críticos que influyen en las diversas modalidades de abordaje terapéutico de las adicciones, en este capítulo se desarrollaran algunas consideraciones teóricas y prácticas que llevarán a la ejemplificación de propuestas terapéuticas alternativas para jóvenes adolescentes, que inician el consumo de drogas y/o alcohol, sin que se trate de personas que ya han adquirido una adicción. Entenderemos la adicción como aquel fenómeno que presenta por los menos tres de estos criterios fundamentales mencionados en el DSM IV como el síndrome de abstinencia, tolerancia, impulso incontrolable por consumir, y problemas de tipo psicosocial como el abandono o dificultades en el trabajo, la escuela, la familia, etc. Y por consumo el uso de drogas y/o alcohol que no cumplen estos criterios.

Antes de iniciar la presentación de un caso clínico y la implementación de la psicoterapia, se revisarán dos conceptos clínicos tradicionales de la teoría y práctica psicoanalítica como son la Alianza Terapéutica y la Conciencia de Enfermedad aplicados en el marco del tratamiento de los jóvenes que consumen drogas y de quienes pueden llegar a ser adictos a las mismas.

#### **La Alianza Terapéutica (A.T.) en las personas que consumen drogas**

La A. T. tal como Sandier y otros la conceptúan es de la siguiente manera: "basada en el deseo consciente o inconsciente de cooperación del paciente y en su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar las dificultades internas. Esto no es lo mismo que asistir al tratamiento buscando sólo la obtención de placer u otra forma de gratificación. En la A.T. hay una aceptación de la necesidad de tratar los problemas internos y hacer trabajo analítico frente a una resistencia interna..." (Sandier, 1986. Pág. 26).

Es interesante observar, en contraste, cómo actualmente en los Centros de atención para adictos (Bilbao, 2000, 2002) se plantean las cosas en un tratamiento para las personas que consumen drogas. En primer término, se les define por el consumo de drogas: son drogadictos o bien alcohólicos. En los grupos de autoayuda y prácticamente en todos los centros privados y públicos que siguen el Programa de los 12 pasos de la agrupación de A.A. se les pide que se presenten, por ejemplo, de la siguiente manera: "Soy Pedro, soy alcohólico y drogadicto". Entonces, al aplicar el concepto de la A.T. en ellos sería que tienen que cooperar y aceptar la ayuda del terapeuta, pero para dejar de consumir las drogas y no necesariamente para "superar las dificultades internas". Planteada así la alianza, lo que se espera, es que el paciente se esfuerce en cooperar para concretamente dejar de consumir la droga, como principio básico de la intervención. Ese es el objetivo terapéutico: lograr la abstinencia. Prácticamente la mayoría de los que consumen drogas y los adictos no se plantean dejar de consumir las drogas o el alcohol. En ese caso quien realiza la demanda de tratamiento generalmente es un familiar o una institución, pocas veces el mismo consumidor. Para él no existen dificultades internas relacionadas con su consumo y las externas son causadas por los demás miembros de la familia. La A.T. está desde un principio en entredicho. Esto hace que se produzcan las consabidas traiciones, mentiras y engaños a los terapeutas, consejeros y familiares (Le Poulichet, 1987).

Siendo así las cosas, si el adicto vuelve a consumir una vez que termina o sale de un proceso terapéutico, ¿se podría hablar de recaídas? Pero, en estos casos ¿cuáles recaídas? Si los consumidores o adictos, en la mayoría de los casos, nunca se plantearon dejar de consumir las drogas. Y aunque lo hayan dicho, frecuentemente fue para complacer a otros, que observan un terrible mal en las drogas (Romani, 2002). El consumidor de drogas puede decir abiertamente, a quienes no consumen y a los terapeutas y familiares que las drogas le hacen mucho mal, pero, entre los que son sus

amigos y las consumen se comentan sobre los placeres y alivios que les produjo tal o cual experiencia de ingesta de alguna droga. En general, casi todas las propuestas psicoterapéuticas, en cuanto un consumidor de drogas se plantea o le plantean una psicoterapia, el objetivo a formular, por parte del Psicoterapeuta, en la A.T. es que deje de consumir o bien que supere sus conflictos internos. Esta claro que cuando se trata un asunto de vida o muerte del paciente, el médico hará la mejor intervención prohibiéndole al sujeto la ingesta que le hace daño a su organismo, pero aquí se opera sobre el cuerpo orgánico y no en lo psíquico y no siempre este mandato médico es obedecido. Igualmente sucede en el proceso de desintoxicación.

Pero en el caso de la atención psicológica en el planteamiento de la A.T. ¿Cómo se le puede pedir como condición para iniciar un tratamiento a algún sujeto que deje de consumir tal o cual droga? Esta petición inicial puede ser congruente con algunos marcos teóricos de la psicología y la terapéutica no psicoanalítica, pero no en el psicoanálisis, al menos como lo entiende y aplica el autor de este trabajo. En esta modalidad, originalmente no se plantea una cura sintomática. Un síntoma no se entiende, ni se suprime en este método al margen de la historia de un sujeto. No se deja eclipsar por la droga (como si esta fuera la causante de los sufrimientos existenciales y no la consecuencia de los mismos). Tampoco se deja eclipsar por el consumidor de la misma cuando se considera adicto sin entender a qué se refiere dicho término, se considera así por que de esa manera le han hecho creer en nuestra sociedad (en algunos casos aún la comunidad científica actúa de esa manera olvidando los más elementales criterios diagnósticos) que quien consume drogas, es por definición adicto y él lo acepta y se puede reconocer ante el mundo social como en falta. En esta modalidad psicoterapéutica las adicciones se entienden de otra manera.

### **Procedimiento Psicoterapéutico**

El encuadre tradicional de asistencia regular de dos veces por semana (puede ser más o menos según se acuerde y se observe la conveniencia para él); las sesiones son de 45 a 60 minutos, en la modalidad individual. No se prohíbe ni se condiciona la atención psicoterapéutica a la supresión del consumo de drogas y alcohol. En todo caso es una decisión del paciente dejar de hacerlo cuando pueda y quiera. Si no está en condiciones de decidir y corre riesgo su vida, lo que corresponde no es una psicoterapia de esta modalidad, sino una atención psiquiátrica con o sin internamiento y probablemente un

periodo de desintoxicación. Superada esta situación, si el paciente así lo desea, puede tomar este tratamiento. Así se acuerda desde un principio. La asistencia sólo puede darse si hay voluntad consciente del paciente de tomarla, no se pide que deje de drogarse y en casos en donde la familia puede y quiere intervenir, solo se les pide el apoyo básico (casa, asistencia médica, escuela y honorarios de la atención, etc) que les corresponde como padres. A los familiares también se les explica cuál es el principio básico de este tratamiento: no prohibir el uso de drogas y alcohol y se les informa sobre el planteamiento fundamental del objetivo que se focaliza en el restablecimiento de la vida social, familiar, escolar y/o laboral, pudiendo coexistir el consumo de drogas.

En el tratamiento propiamente dicho, se habla, se escucha, se interviene en los conflictos psíquicos, del aquí y ahora, del allá y el entonces. Se analizan las dificultades internas y externas, la historia y la simbolización del sujeto. Se "cura" por la palabra y la escucha, por la confrontación y la interpretación, del discurso de quien lo sustenta (Kernberg, 1995). Las sesiones son activas y de amplia participación de ambas partes. No se habla sólo de drogas sino de todo aquello de lo que el paciente esté dispuesto a trabajar. Si existe consumo entre los intervalos de las sesiones puede o no hablar sobre ellos. Solo se le pide que diga lo que siente, piensa y hace de la manera más libremente posible. Por su parte, el terapeuta interviene con sus principales herramientas técnicas: la escucha, la confrontación, la interpretación, devolución y el análisis en situ de la transferencia y su contratransferencia. Se señalan los objetivos referidos anteriormente y se trabaja sobre ellos. Si el paciente deja de asistir regularmente se confronta y si no es posible retomar a la regularidad de las sesiones se suspende el tratamiento de mutuo acuerdo. Igualmente, si el paciente llega frecuentemente drogado a las sesiones se le plantea que el mensaje que está dando es no quererse atender voluntariamente, aunque por otro lado pueda negarlo se señala que no se trata de perder las sesiones y se busca su recuperación hasta que se pueda retirar sin riesgo. En caso extremo de riesgo de vida se le llama a un familiar. Si eventualmente llega drogado, se atiende y si es posible se realiza la sesión y si no es así, se le pide al paciente que ocupe su sesión descansando en algún sillón o diván.

La duración del tratamiento llevado en esta modalidad y con asistencia regular puede durar de uno a 5 años. Es posible que durante ese tiempo coexista el tratamiento, con logros escolares, familiares, afectivos y laborales, pero también el consumo, aunque

regularmente y de manera paulatina, con mucho menos frecuencia y cantidad y en condiciones de menor riesgo para el paciente, sobre todo joven.

### **La Conciencia de Enfermedad**

La palabra y sus relaciones con el uso de drogas ha sido silenciada y eclipsada por el discurso social, médico y legal, imperante sobre las drogas. La "conciencia de enfermedad" no radica en reconocerse como adicto a alguna droga, sino en reconocer y articular en el lenguaje las dificultades internas que lo han llevado, entre otras cosas de su vida, a consumir drogas de una manera compulsiva. No interesa que el sujeto se diga que es un enfermo adicto, tomando el adjetivo prestado y sin creerlo, saberlo y/o sentirlo. Interesa que se reconozca como sujeto, como persona, que es más que un consumidor de drogas. Que no se defina ni se describa por el objeto inerte que consume, sino por lo que es en su historia y sus palabras, más que en sus actos. De esta manera la consecución de la alianza terapéutica, no se entiende, si de psicoterapia psicoanalítica se habla, como la cooperación y la disposición del paciente para dejar de consumir drogas, sino para abordar su historia y su constitución como sujeto más allá de la droga que consume.

Este planteamiento puede no ser aceptado por la mayoría de los terapeutas en adicciones. Se dirá que el psicoanálisis ya ha dado muestras de fracaso en el abordaje de los adictos. Sin embargo, es posible que quien haya fracasado en el trabajo de adicciones, tiene más que ver con los objetivos que se planteo en su proyecto terapéutico, antes que por las fallas de una disciplina o corriente terapéutica; pienso que se equivocan rotundamente al señalar que ha sido el psicoanálisis el que ha fracasado. Han fracasado tanto analistas como otros psicoterapeutas, cuando han tratado a los adictos como adictos y no como sujetos de su historia y han definido su objetivo en función del abandono del consumo de drogas y no en el reconocimiento de sus conflictos internos y la superación o mejor trámite de ellos para iniciar otros proyectos de vida.

Se presentará un caso clínico, obviamente en el marco de una experiencia donde no se trata de un adicto sino de una persona joven que consume droga.

### **Caso clínico**

Armando, inició su tratamiento en octubre de 1999 y concluyó en marzo del 2001.

Joven de 19 años, sin terminar la preparatoria, le falta una materia. Trabaja en una joyería como técnico en reparar joyas de plata. Soltero, pero tiene una relación amorosa formal con una señora de 32 años. Armando consume desde hace dos años cocaína, dicho consumo se ha incrementado en los últimos meses a tal punto de robar en el taller joyero para comprarse la droga, evento que fue descubierto por el dueño y suscitó que lo despidieran del trabajo. Armando se siente desesperado porque no puede dejar de consumir la coca inhalada. Acepta venir a consulta y es traído por su madre, mujer de 46 años, divorciada, con tres hijos que también han presentado problemas en su manera de beber, sin considerarse alcohólica, acepta que durante un tiempo, sobre todo después de su divorcio ella bebe en exceso. El padre, funcionario público y político exitoso, acude a una entrevista a solicitud del terapeuta y desde entonces hasta la fecha, establece una relación con su hijo que nunca antes se había presentado. Desde entonces también se restableció la relación con su ex mujer, sin reclamos y sin reproches.

En la primera entrevista Armando se describe como un cocainómano, que siente no puede dejar de consumir cocaína y se siente muy mal ante su madre, no ante su padre con el cual nunca ha sostenido relación alguna. Solicita al terapeuta que lo interne porque piensa que al regresar a su barrio él volverá a consumir de manera inmediata, pero asegura que él ya no quiere volver a "meterse" nada. Nunca ha consumido otras drogas que no sean el alcohol y la coca, la "mota" no le ha llamado la atención, pues ni siquiera le gusta fumar tabaco. Se le sugiere intentar y trabajar en consulta externa durante un tiempo a razón de dos veces por semana y el terapeuta se pone a su disponibilidad telefónica para que le hable cada vez que él sienta que no podrá controlarse y buscará la droga. Se le dice que estar disponible no quiere decir de ninguna manera que se lo va a controlar o vigilar si consume o no. Se le señala que detrás de su consumo existe un Armando con historia y que seguramente es más que una persona que consume drogas; se le aclara que probablemente no se trate de un adicto como él lo sugiere, sino de una persona que consume cocaína y que por momentos ha consumido más que en otros momentos. Antes de aceptar que es un adicto sería conveniente escuchar más sobre su historia y sobre lo que piensa y desea, lo que siente y si tiene planes a realizar en un futuro cercano. Armando aceptó y así se trabajó durante un año 5 meses, no trató el asunto de su consumo de cocaína más que otras cosas de su vida cotidiana, al final del proceso no se mencionaba para nada el tema de la droga blanca. Logró reunirse con su padre mínimo una vez por semana; montó un negocio financiado, al principio por su padre



y después totalmente autofinanciable, asociándose con su novia, y después incorporando a su hermana menor en el negocio; al año de tratamiento presenta examen de la materia de preparatoria que tenía pendiente, lo aprueba y después se inscribe en una Universidad abierta y a distancia, para estudiar licenciatura en Informática. Los problemas más importantes que se presentaron en el proceso, en los primeros meses de tratamiento fueron: con la policía por estar consumiendo alcohol en la vía pública, fue liberado de inmediato por su padre; su relación de pareja, presentó altibajos, por celos de ambos, por relaciones extras por parte de él, sin embargo mantiene hasta el momento dicha relación; otro problema que se presentó fue el embarazo de su hermana menor y su casamiento, ya que eso determinó que ya no pudiera ella colaborar en el negocio y al tener que seguir estudiando y trabajando se tuvo que suspender el tratamiento. Hace ya de 4 años que se suspendió el tratamiento y él sigue estudiando, su negocio está consolidado, mantiene su relación de pareja, su vínculo es más cercano con su padre, al cual también le ayuda en una de sus actividades como funcionario público. El hermano mayor que se había alejado de la familia se ha acercado con Armando estrechando vínculos perdidos; la hermana embarazada escogió al paciente para que fuera el padrino de bautizo de su hija. Armando no ha vuelto a consumir hasta el día de hoy.

### Discusión

Se considera que en este proceso, además de haber revisado los conflictos en las relaciones con su madre y padre (el divorcio, la depresión de la madre su consumo de alcohol y el abandono de su padre, principalmente) y sus derivados de sus demás relaciones interpersonales con sus hermanos, primos, amigos y noviazgos, fue muy importante no enfatizar la problemática del uso de drogas, a pesar de haber sido la queja principal del motivo de consulta.

Situar el problema en la historia del sujeto y no en la droga y su consumo, hace una gran diferencia; no desear que él ya no consumiera, no pensar por él, no perseguirlo y no convertirse en policía, juez censor de sus actos; sino en un espacio donde no cabe la dependencia, donde no se sabe quien es el objeto y quién el sujeto, donde el dispositivo psicoanalítico, le da la palabra al padre, que brinda la oportunidad de darle un lugar a este poderoso señor pero ausente, que por la vía de un convenio silencioso entre él, su esposa y su hijo había claudicado para portar su ley de orden, que rompiera esa fascinación de la muerte que se estaba creando entre el paciente y su consumo de cocaína.

Se trata de un paciente que a través de su acto de consumo logró convocar a su familia para hacer de un pacto criminoso como lo llama Kalina (1988), un pacto virtuoso, donde el goce y el trabajo, signos de salud mental según Freud, se dieron incluyeron en su proyecto de vida y atrajeron, respetuosamente, a los padres, que si bien se mantienen divorciados, no siguieron desvinculados, sellaron una grieta por donde una conducta consumidora quería llenar la ausencia del padre.

Es indudable que es un caso especial, que se trata de un joven inteligente, con una habilidad formidable para el dibujo y la creación artística que supo, y muy bien, ponerla al servicio de su negocio, que su capacidad de lenguaje era amplia y que contó con la respuesta inmediata de su familia, antes alejada. Que su novia, más allá de cualquier interpretación edípica, fue un buen continente, las hijas de ella también cumplieron su papel al provocarle altos sentimientos de responsabilidad; que coincidieron las cosas para que pudiera terminar su preparatoria y seguir hacia una carrera en la que él ya había mostrado habilidades para el manejo de computo, con lo cual encontró suficiente entusiasmo para seguir estudiando. Todo ello favoreció el logro obtenido hasta el momento; todo ello muestra que la psicoterapia psicoanalítica sólo tiene esa virtud de siempre, dejar que el paciente encuentre lo que puede encontrar, uno sólo está ahí como un medio que escucha más e interpreta y confronta y menos y menos aún controla y exige al otro lo que tiene que hacer de su vida. Al dejar que el discurso, la palabra siga su curso sin saber, ni uno, paciente, ni otro, analista, hacia donde se dirige, seguramente ese mundo creado por las palabras nos llevarán a otra escena que ni uno ni otro imaginaba cuando se dio el inicio de este proceso. Pienso que en un proceso psicoterapéutico exitoso, se dan muchos elementos que coinciden favorablemente, este es el caso de Armando. En todo caso, el hecho de que se le haya tratado como sujeto de su historia y no como adicto, es el punto técnico-teórico más sobresaliente. Más ahora, que predominan abordajes terapéuticos de toda índole y donde el objetivo terapéutico de estos, se centra en que el sujeto deje de drogarse, se trate de quien se trate, un usuario, un consumidor, un abusador o un adicto.

Volviendo al punto inicial, sería conveniente no olvidar que cuando un joven o cualquier sujeto se instala frente a un psicoterapeuta y le dice que es un adicto, se tendría que cuestionar el propio y cuestionarlo a él o a ella sobre su discurso. Seguramente es una

reproducción del imaginario social mexicano que a construido dicha denominación para todo aquel que consume drogas ilícitas. Es recomendable que los profesionales de la salud mental, que no los expertos, renuncien al lugar fácil de la asignación de diagnósticos tan ideologizados como lo son los referentes al consumo de drogas. Es la ética la que está llamando a cuestionar esas etiquetas. Se puede considerar que la postura psicoanalítica lleva a respetar más al sujeto que a la droga, más a la historia que al acto de drogarse, no es aplicable a todos los casos en todo momento como técnica psicoterapéutica, pero si es un referente de ética, no desear ni pensar por el otro.

### Referencias

- Bilbao, F. (Junio, 2002). Psicoterapia psicoanalítica en jóvenes no adictos que usan drogas. *Revista Liber@ddictus* 60. México.
- Bilbao, F. (1998). Historias de recaídas en adicciones. Memorias publicadas por el Instituto Nacional de Salud Pública y CONACYT. 1998. Cuernavaca, Morelos.
- Bilbao, F. (2000). Las instituciones de tratamiento y rehabilitación para adictos. Memorias del Primer Congreso Nacional de Especialistas en adicciones. Junio del 2000. México, DF.
- Romani, O. (1999). Las Drogas. Sueños y realidades. Barcelona: Ariel.
- Central Mexicana de Servicios Generales de México (1989) . Los doce pasos. México, D.F A.A. Tercera edición en español.
- Kalina, E. (1988). Adolescencia y drogadicción. Buenos Aires: Nueva visión.
- Bellak, L y Siegel, H. (1983). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno.
- Le Poulichet, S. (1996). Toxicomanías y psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kernberg, O. (1995). Psicoterapia psicodinámica del paciente limitrofe. México: Planeta.
- Sandler, J. Dare, Ch. y Holder, A. (1973). El paciente y el analista, México. Piados.

## "EL CLAROSCURO DE LA VIDA JUVENIL"

Terminó de imprimirse en diciembre de 2007 en los talleres de  
**Artes Gráficas "La Impresora",**  
calle Enrique Carrón Arana No. 410 Col. Ciénega,  
C.P. 34090, Tel. 6181 813-35-33 Durango, Dgo. Méx.



"LA CASA EDITORIAL DE DURANGO"

[agk\\_editorial@prodigy.net.mx](mailto:agk_editorial@prodigy.net.mx)

La edición es tira de 1000 ejemplares mas sobrantes para reposición.

Los jóvenes en México representan más de la mitad de la población del país; y es justo en este grupo donde se concentran problemas de exclusión, falta de oportunidades, reproducción de la pobreza, marginación y violencia. Los y las jóvenes han sido marginados de la ciencia y la tecnología, de las posibilidades de trabajo, la participación política, la recreación y las posibilidades de expresión.

Aunque en México contamos con un sistema institucional para el diseño, la implementación y la evaluación de la política pública de juventud, y la creación de mecanismos de protección de los jóvenes, los asuntos de juventud no han logrado entrar aun en las agendas públicas de diferentes estados, e incluso del país mismo.

El gran desafío es favorecer el protagonismo de los jóvenes y potenciar la visión de y sobre los jóvenes. Ser o parecer joven tiene hoy valor agregado; el que le asignan los medios y la publicidad. Pero también y sobre todo, el que adquieren recientemente, cuando las y los jóvenes se hacen visibles en los nuevos paradigmas culturales.

Aunque ya desde 1955 se hacían planteamientos sobre "rupturas imperceptibles" que atraviesan los jóvenes en el plano cultural, otros estudiosos en los años 70's hacen apuestas que vinculan lo cultural y lo juvenil; en México la coyuntura del movimiento estudiantil de 1968 y la rebeldía desatada en años posteriores, fueron considerados por la autoridad como "desviaciones" del impulso juvenil, y en la práctica los jóvenes siguieron excluidos de las políticas públicas y de la participación en los procesos de transformación del país.

Los y las jóvenes tienen hoy un valor agregado que les han asignado los medios de comunicación en la economía global. En la sociedad de consumo del siglo XXI los jóvenes son objeto, destino de las campañas comerciales, que producen y venden estereotipos, de tal suerte que, alejados de las tradiciones, y con principios y valores distintos, se enfrentan a su realidad con incertidumbre, expresando, lo mismo actitudes violentas y una sexualidad poco reflexiva que extraños estilos de vida que contribuyen a la formación de un estereotipo de joven marginal y sin futuro.

Deseo que los artículos que conforman este libro, contribuyan a la reflexión y ayuden a comprender mejor las problemáticas de la juventud, desde la perspectiva de los investigadores en una amplia gama de comunidades y en una representativa muestra de nuestra diversidad regional.

Lic. Luis Iván Gurrola Vega

Director General del Instituto Duranguense de la Juventud