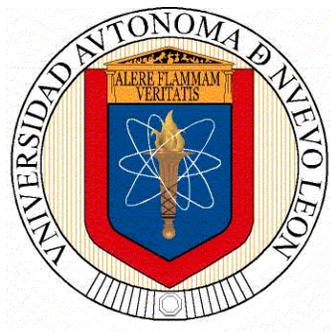


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**FACTORES CONTEXTUALES Y PERSONALES ASOCIADOS
A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS**

PRESENTADA POR:

ANDRÉS ROBERTO CEBALLOS GARCÍA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN**

DICIEMBRE 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN



***FACTORES CONTEXTUALES Y PERSONALES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN
SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS***

PRESENTA:

MTRO. ANDRÉS ROBERTO CEBALLOS GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ SOSA

MONTERREY, NUEVO LEÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ DE TITULACIÓN

Dr. Juan Carlos Sánchez Sosa
Director de tesis

Dra. María Elena Villarreal González
Revisora

Dr. Cirilo Humberto García Cadena
Revisor

Dr. José Armando Peña Moreno
Revisor

Dr. Daniel Musitu Ferrer
Revisor externo

Nuevo León, Diciembre, 2021

RESUMEN. Se analizó la relación existente entre variables de corte personal y contextuales con relación a la ideación suicida, a la par, se especificó y contrastó un modelo explicativo de ideación suicida en adolescentes escolarizados, mediante un estudio explicativo de tipo transversal. Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 908 estudiantes mexicanos (417 hombres y 491 mujeres) de escolaridad media y media superior. Los instrumentos utilizados tenían índices adecuados de fiabilidad. Se contrastó el modelo con la técnica de ecuaciones estructurales utilizando el paquete estadístico EQS 6.1 que explicó el 27.3 % de varianza explicada. Los resultados mostraron que el modelo obtuvo niveles adecuados de bondad de ajuste absoluto (RMSEA=.05; GFI=.94) y comparativo (CFI=.94; IFI=.94; NFI=.90; NNFI=.92). Se concluyó que el modelo explicativo se ajustaba bien a los datos y era compatible con el modelo teórico propuesto, al integrar una estructura contextual que presentaba una relación directa y significativa del funcionamiento familiar y la victimización escolar, y una relación indirecta a través de variables mediadoras con la variable dependiente (ideación suicida). Además, también se observó, una relación directa y significativa de la victimización escolar con la sintomatología depresiva y la percepción de soledad, e indirecta con la ideación suicida.

Palabras clave: adolescencia, ideación suicida, funcionamiento familiar, sintomatología depresiva, victimización escolar, soledad.

ABSTRACT. The relationship between personal and contextual variables in relation to suicidal ideation was analyzed, at the same time a model of suicidal ideation was specified and contrasted in adolescent schoolchildren, through an explanatory study of the transversal type. A stratified probabilistic sample of 908 Mexican students (417 males and 491 females) of middle and upper secondary education was used. The instruments used had adequate reliability indices. The model was contrasted with the Structural Equations Technique using the statistical package EQS 6.1 which explained the 27.3 % variance. The results showed that the model obtained adequate levels of absolute adjustment goodness (RMSEA= 0.5; GFI= .94) and comparative goodness (CFI= .94; NFI= 90; NNFI= .92). The explanatory model was found to be well data compliant with the proposed theoretical model, integrating a contextual structure that had a direct and meaningful relationship of family functioning and family visualization and school victimization and an indirect relationship through mediating variables with the variable dependent (suicidal ideation). In addition, a direct and significant link between school victimization and depressive symptomatology and the perception of loneliness and indirect with suicidal ideation was observed.

Key words: adolescence, suicidal ideation, family functioning, depressive symptomatology, school victimization, loneliness.

INDICE

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES.....	8
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Justificación.....	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1 Objetivo General	
1.3.2 Objetivos Específicos	
1.4 Hipótesis.....	17
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	
2.1 Adolescencia.....	18
2.1.1. Cambios físicos.....	20
2.1.2. Cambios psicológicos.....	21
2.2 Modelo ecológico de Bronferbrenner.....	22
2.3 Suicidio.....	23
2.3.1. Factores asociados al suicidio.....	24
2.3.2. Tipos de suicidio.....	24
2.3.3. Etapas del suicidio.....	24
2.4 Ideación Suicida.....	24
2.4.1 Factores asociados a la ideación suicida.....	
2.4.2. Factores contextuales.....	--
2.4.2.1 Funcionamiento Familiar.....	—
2.4.2.2 Victimización escolar	
2.4.3 Factores personales.....	--
2.4.3.1 Sintomatología	
2.4.3.2 Percepción de Soledad	
depresiva.....	
CAPÍTULO 3: MÉTODO	
3.1 Tipo de Estudio.....	26
3.2 Muestra.....	26
3.3 Instrumentos para la recolección de datos.....	26
3.3.1 Escala de Ideación Suicida.....	26
3.3.2. Escala de Malestar Psicológico.....	27
3.3.3. Cuestionario de Funcionamiento Familiar, APGAR Familiar.....	28
3.3.4. Escala de victimización en la Escuela.....	28
3.3.5. Escala de Conducta Violenta en la Escuela.....	29
3.3.6. Escala de Actitudes hacia la Autoridad Institucional en adolescentes.....	30
3.4 Procedimiento.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

CAPITULO 1: ANTECEDENTES

Un tema que durante mucho tiempo ha sido objeto de preocupación en la opinión pública, es el suicidio en adolescentes, y es que va más allá de ser una problemática de ciertas regiones o países, ya que a nivel mundial las estadísticas de jóvenes que realizan actos suicidas marcan una tendencia creciente; y aunque el fenómeno ha estado presente a lo largo de la humanidad en casi todas las culturas conocidas, hoy en día no existe un consenso entre los diferentes profesionales para responder a la pregunta de por qué se suicida la gente (Pereira y Galaz, 2014).

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico ([OECD, por sus siglas en inglés], 2014), define al suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal, y la complejidad del fenómeno apunta a la tendencia de los modelos teóricos actuales, en donde factores psicológicos, familiares y sociales interactúan de una manera directa en el proceso, convirtiéndolo en un fenómeno complejo de entender y por tanto dificulta el desarrollo de estrategias para su prevención.

Por otro lado, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2019), en el mundo cada año se suicidan alrededor de 800,000 personas, lo que significaría una muerte cada 40 segundos, posicionándose además como la segunda causa de defunción a nivel global entre las personas de los 15 a los 29 años, y de acuerdo a cifras del Banco Mundial, en el 2016 la tasa de mortalidad por este fenómeno llegó a 10 por cada 100 000 habitantes, esto sin mencionar que estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Complementario a esto, existen estadísticas en donde se estima que a nivel mundial el suicidio constituyó 1.8% de la carga global de morbilidad en 1998 y que en 2020 representará 2.4%, el cual refleja un incremento en la actualidad que afecta -principalmente- a los adolescentes, quienes son la población más expuesta debido a los diversos factores que pueden determinar los problemas de salud física y/o mental, a su vez, se considera como una problemática de Salud Pública Mundial (Cuesta-Revé, 2017).

Hablando específicamente de México, de acuerdo con datos publicados en el 2016 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las estadísticas de suicidios consumados en los últimos tres años ha ido a la alza, ya que en el año 2013 se registraron 5,909 suicidios, mientras que para el 2014 fueron registrados 6,337, y en el 2015 la estadística marca 6,425. Estas cifras representan el 1%

del total de muertes registradas, significando esto la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes, de este número de decesos el 40.8% corresponde a jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 15 y 29 años, lo que significa una tasa de 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes, y hablando específicamente de las características de quienes consumaron el acto, el INEGI reporta que el mayor porcentaje (31.8 %) de estas personas eran adolescentes que cursaban estudios de nivel secundaria.

En una última actualización, el INEGI (2019) ha reportado que la población de 20 a 24 años ocupa la tasa más alta de suicidio con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades, destacando el riesgo en los hombres de este grupo con una tasa de 15.1 por cada 100 mil. Por otra parte, existe una tasa mayor en aquellas de 15 mil y más habitantes (5.3 por cada 100 mil habitantes), mientras que en localidades menores a 15 mil habitantes es de 4.8 por cada 100 mil habitantes. Otro reflejo de esta situación es el lugar que ocupa el suicidio dentro del total de causas de muerte por grupo de edad, pues mientras que para el total de población el suicidio ocupó el lugar número 22; para los grupos de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años, sigue siendo la segunda causa de muerte en México.

En cuanto al nivel estatal, el Gobierno del Estado de Nuevo León (2017) reportó un total de 253 casos de suicidio (203 en hombres y 50 en mujeres), sin embargo, el grupo en donde se reportaron el mayor número de casos fue en las edades de 35 a 39 años, siendo éstos el 14% del total de defunciones por suicidio; mientras que los rangos de edad de 20-24 años y 25-29 años son el segundo grupo vulnerable al ser el 13.5%, y el grupo de 14-19 años son el tercer lugar al ser el 11.5%. Con ello, Nuevo León se ubica como la novena entidad del país en suicidios, con 1,965 decesos por esta causa, entre el año 2010 y 2017.

En cuanto a los trabajos relacionados con el tema, algunas investigaciones clásicas afirman que el suicidio llega a tener un profundo impacto psicológico y social que afecta directamente a otras personas (Suck, Van Mill, Vermeiren, Ruchkin, Schwab - Stone, Doreleijers y Deboutte 2009), por lo que las consecuencias de este acto no terminan con la muerte del suicida, ya que se estima que alrededor de un suicidio llega a haber afectación en al menos otras seis personas, y en caso de ocurrir en alguna institución educativa o algún área de trabajo, el impacto es aún mayor (OMS, 2000).

Diversas son las variables comprobadas que se asocian al suicidio, investigando en la literatura sobre el tema podemos encontrar autores que han demostrado que conceptos como el abuso sexual (Prada, Baquero, Pinzón & Prieto, 2017), las variables socio económicas (Cerdeña, 2006), la

insatisfacción corporal (Guadarrama Guadarrama, Carrillo Arellano, Márquez Mendoza, Hernández Navor & Veytia López, 2014), las conductas alimentarias de riesgo, las variables psicológicas los contextos escolares y familiares aversivos (Sánchez – Sosa, Villarreal – González, Musitu & Martínez Ferrer, 2010), influyen en los actos suicidas; por lo que la diversidad de explicaciones ante este fenómeno es basta.

Por el lado, las investigaciones actuales consideran el suicidio como el resultado de una compleja interacción dinámica entre estos factores, a menudo descritos por modelos explicativos del suicidio que involucran el estrés, el entorno, o ser explicado desde el modelo biopsicosocial (Dumon, Franx & Roskar, 2020). A su vez, los intentos recientes incluyen una reorientación estratégica hacia el bienestar social y emocional, un mayor enfoque en la prevención y promoción y la atención primaria, (Rubikas, 2020), por lo que parece una problemática de salud común en todo el mundo. Sin embargo, a pesar de esto existe un concepto que aparece como común denominador en muchos de los trabajos que buscan explicar el suicidio, dicho concepto es el de la “ideación suicida”.

De acuerdo a Toro, Avendaño y Castrillón (2016), la ideación suicida se considera como pensamientos o ideas de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir, y puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención, es decir, la ideación suicida como concepto, hace referencia a las cogniciones que van desde pensamientos fugaces sobre el no querer una vida, pasando por fantasías autodestructivas y llegando a planes explícitos y meditados para matarse (Goldney et. al, 1989 citado por Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004).

Esta perspectiva que refuerza la concepción multifactorial al suicidio, comenzando por una etapa de ideación, marca la pauta en la construcción teórica de modelos explicativos psicosociales, que permitan evaluar desde diversos contextos y dimensiones los factores que inciden directa e indirectamente en el suicidio, por esta razón, se considera que la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a ésta, resulta de particular importancia en la prevención del suicidio (Paneth y Susser, 2002; Perez, 1999).

La presente investigación presenta una propuesta de un Modelo Explicativo de la Ideación Suicida en adolescentes, tomando en cuenta variables que no han sido estudiadas a profundidad por lo menos en la región, e incluye factores contextuales (Funcionamiento Familiar y Victimización Escolar) y factores personales (Sintomatología Depresiva y Soledad).

En relación al contexto familiar se han logrado destacar algunos factores de riesgo como lo son: las dificultades en las relaciones intrafamiliares, comunicación conflictiva, bajos niveles de cercanía afectiva, altos niveles de control parental, estructura familiar inestable, entre otros (Pavez, Santander, Carranza y Vera, 2009). En este sentido, Rodríguez y Oduber (2015) trabajaron en la comprobación de un modelo explicativo que propone la relación entre el apoyo parental, la violencia familiar y la depresión con la ideación suicida, en dicho estudio se analizó una muestra de 912 adolescentes venezolanos obteniendo como conclusión que un entorno familiar disfuncional, caracterizado por un bajo apoyo de los padres de familia aumentan la posibilidad de la ideación suicida. También, Chávez – Hernández, González – Fortaleza, Juárez Loya, Vázquez Vega y Jiménez Tapia (2015), realizaron un estudio cuyo objetivo fue el de medir la frecuencia de ideación suicida reciente y tentativas suicidas por lo menos alguna vez en la vida, considerando el sexo y la edad, para describir las características de la única/última tentativa en una muestra de 3,249 estudiantes de secundaria; los resultados obtenidos evidenciaron la ocurrencia de ideación suicida en un 8.4% de la muestra, mencionando como principales motivos problemas familiares, sentirse enojado, sentirse triste, solo, deprimido e incomprendido por la familia.

Por su parte, Sarmiento y Aguilar (2011) demostraron que las peleas entre padres e hijos correlacionan de manera positiva con el pensamiento suicida de estos últimos, luego de realizar un estudio con una muestra de 1,419 adolescentes escolarizados a quienes se aplicó un cuestionario de auto informe con la finalidad de identificar algunos predictores familiares y personales de la ideación suicida.

Por otro lado, Bahamón et al. (2018) realizaron un estudio para determinar en qué medida las prácticas parentales paternas y maternas predicen la ideación suicida en un grupo de hombres y mujeres adolescentes. Participaron 328 estudiantes adolescentes inscritos en escuelas públicas. Se utilizó la escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A) elaborada por Andrade y Betancourt y una escala para medir la Ideación Suicida, constituida por ocho ítems que refieren a ideas de quitarse la vida. Como resultados, indican la existencia de correlaciones entre ideación suicida y control psicológico materno ($p = 0,183$) e imposición ($p = -.282$) en los hombres y entre ideación suicida y autonomía ($p = -.388$), control psicológico materno ($p = .302$) e imposición ($p = .383$) en mujeres. También se evidenció que las dimensiones que predicen en mayor medida la ideación suicida en hombres y mujeres son el control psicológico materno y la imposición paterna.

Asimismo, Sahli et al. (2019) hicieron un estudio transversal analítico compuesto por una población de 821 estudiantes de secundaria obtenida mediante muestreo por conglomerados. La edad media de los adolescentes fue de $17,7 \pm 0,97$ años. La prevalencia de la conducta suicida fue del 26,9% para pensamientos suicidas breves, 9,6% para pensamientos suicidas graves y 7,3% para intentos de suicidio. De misma forma, el 17% (IC del 95% [15,3% -18,6%]) informó haber tenido ideación suicida durante los últimos 12 meses sin diferencia de género (16,3% entre las niñas y 17,3% entre los niños, $p = 0,62$). Entre los participantes, el 26.7% experimentó al menos una experiencia de vida adversa. Aquellos que reportaron violencia doméstica (Odds Ratio = 8.93; 95% CI = 6.84-11.66), divorcio de los padres (Odds Ratio = 3.02; 95% CI = 1.57-5.79). La prevalencia de ideación suicida observada en el área de la encuesta fue relativamente alta y se asoció con todos los eventos adversos vitales medidos.

Además del contexto familiar, la escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo psicosocial (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007; Musitu, Jiménez y Estévez, 2009), se ha demostrado que la victimización por intimidación en la escuela está asociada con un mayor riesgo de tristeza y tendencias suicidas entre los adolescentes (Messias, Kindrick y Castro, 2014), como ejemplo existen estudios como el de Borowsky, Taliaferro y McMorris (2013) quienes con una muestra de 130,908 estudiantes de secundaria, en donde los participantes involucrados en situaciones de violencia escolar del tipo verbal y social, el 22% de perpetradores frecuentes y el 38% de víctimas frecuentes de violencia escolar informaron pensamientos suicidas; este resultado se asemeja con la investigación que Hinduja y Patchin (2010) realizaron en los Estados Unidos con una muestra de 2.000 estudiantes de secundaria escogidos al azar. El objetivo de dicho estudio, fue determinar la relación entre la ideación suicida y ser víctima o agresor en interacciones de violencia escolar, los resultados indican que 20% de los estudiantes reportaron ideas suicidas, además, todas las formas de violencia escolar fueron significativamente asociadas con el incremento de ideación suicida entre los estudiantes víctimas y agresores en comparación con aquellos que no están involucrados con la violencia escolar.

Ceballos-Ospino, Suárez-Colado y Campos-Arias (2019) hicieron un estudio con un estudio transversal en el que participaron estudiantes entre 10 y 17 años, de sexto a undécimo grado escolar, quienes diligenciaron una versión de cinco ítems del Cuestionario de Intimidación Escolar Abreviado, CIE-A; la versión de diez ítems de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión, CES-D-10; y la Escala de Okasha para Suicidalidad, EOS. Participaron 350 estudiantes ($M=13,3$; $DE=1,8$), 188 mujeres y 162 hombres, 236 estudiantes de básica secundaria y 114 en media

vocacional. Un total de 58 (16,6%) informó Monitoreo Escolar, 59 (16,9%) SDIC y 33 (9,4%) ANIS. El Monitoreo Escolar se asoció significativamente a la ideación suicida (OR=3,1; IC95% 1,3-7,9). Se evidencia la relevancia de evaluar víctimas escolares, con el fin de reducir el riesgo de nivel de ideación suicida a partir de la identificación.

De igual forma, Garaigordobil y Machimbarrena (2019) realizaron un estudio donde exponen la relación entre victimización y perpetración de acoso escolar con el estrés infantil autopercebido y con los problemas emocionales y de conducta. Participaron 1,993 estudiantes, de 9 a 13 años. Como resultados, los estudiantes que tenían mayores puntuaciones en victimización y perpetración de acoso/ciberacoso escolares tenían significativamente alto nivel de estrés y que los niños que obtuvieron mayores puntuaciones en victimización y perpetración de victimización escolar que habían acudido significativamente más al psicólogo en el último año que aquellos que tuvieron menores puntuaciones en los indicadores de acoso/ciberacoso escolares

Por otro lado, la relación que existe entre la Sintomatología Depresiva y la Ideación Suicida tienden a una prevalencia de tendencias suicidas en el trastorno depresivo mayor, pero se sabe poco sobre la asociación de diferentes grados de tendencias suicidas con características sociodemográficas, psicosociales y clínicas (Dold et al., 2018). Por otra parte, Duarté, Lorenzo-Luaces y Rosselló (2012) realizaron un estudio con consistió de 179 jóvenes de secundaria con un rango de edad de 13-18 años; obteniendo como resultados que la ideación suicida en los(as) adolescentes se relacionó a la sintomatología depresiva, a el bajo auto-concepto, pensamientos disfuncionales, y a un menor uso de estrategias de manejo saludables, que a su vez se relacionaron entre sí.

Por otra parte, Riverón, Velázquez, Borrero y Fonseca (2016) argumentan que la conducta suicida se asocia a múltiples factores biopsicosociales y culturales, aunque estos no están muy bien dilucidados y persisten contradicciones respecto a la influencia del alcohol, la estructura familiar y la autoestima. La depresión, la distimia, la desesperanza y otros, son síntomas que se asocian a los adolescentes antes de incursionar en el acto suicida. Esta hipótesis que plantearon se puede confirmar con lo que encontraron García et al. (2018), ya que en su estudio tuvieron una muestra no probabilística de 4,759 estudiantes adolescentes mexicanos de ambos sexos, con una edad promedio de 18.4 años. En sus resultados comentan que los modelos de regresión logística multivariable para ideación suicida, confirman que la impulsividad y sintomatología depresiva, la hacen aumentar a casi el doble (OR= 1.907) y nueve veces (OR= 9.006) respectivamente. Es evidente la estrecha relación

entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva, señalándose la relevancia que esta tiene como predictora de su presencia en población adolescente.

Así mismo, en el anteriormente mencionado modelo final de relaciones sobre ideación suicida de Rodríguez y Oduber (2015), se encontró también que además del apoyo parental y la sintomatología depresiva, los adolescentes escolarizados buscan pertenecer a grupos de amigos con conductas suicidas, lo que aumenta directamente la ideación suicida en el adolescente.

De igual forma, en un estudio por parte de Núñez et al (2020) tenían como objetivo el estudiar si los síntomas depresivos median la asociación entre experiencias psicóticas e ideación suicida en datos transversales de una muestra comunitaria de adolescentes, con una muestra de 1,708 adolescentes escolares chilenos de 13 a 19 años, encontraron que los síntomas depresivos tienen una asociación significativa ($r = .624$, $p < .001$) con la Ideación Suicida.

En el ámbito de la Soledad y su relación con la Ideación Suicida se ha encontrado que, en un estudio con una muestra de 763 estudiantes de secundaria de 14 a 19 años que vivían en Chillán, Chile, 19% de los participantes habían intentado suicidarse y 34,3% tenían ideas suicidas. La soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol estaban directamente relacionados con el comportamiento suicida. Estos predictores explicaron el 31% del comportamiento suicida. El factor de riesgo más importante fue la soledad, seguida del género femenino, la impulsividad y el consumo de alcohol. (Salvo y Castro, 2013). Por otra parte, Chang et al (2019) encontraron, en una muestra de 156 estudiantes de secundaria, la depresión y la soledad fueron predictores significativos de ambos índices de riesgo de suicidio examinados en el presente estudio. Es de notar que dentro del conjunto de predictores psicosociales de depresión y soledad, se encontró consistentemente que la depresión es un predictor casi dos veces más fuerte que la soledad. Asimismo, Bravo-Andrade, Ruvalcaba-Romero, Orozco-Solís y Macías-Espinoza (2020) encontraron que los principales factores de riesgo son la depresión, el manejo inadecuado de emociones y la carencia de un sentido de vida, mientras que los factores que protegen del riesgo suicida son la capacidad de resolución de problemas, el optimismo y la autoestima.

Cabe de destacar que, ante los resultados de las investigaciones, se puede encontrar una interacción entre los Factores Contextuales y Personales que se puedan asociar a la Ideación Suicida. Es importante señalar que los nuevos modelos psicopatológicos permiten comprender la conducta

humana y los problemas de salud mental desde una óptica diferente, sugiriendo nuevas formas de conceptualización, evaluación, intervención y prevención (Fonseca-Pedrero et al., 2020).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siguiendo la línea de la teoría revisada hasta el momento, nos encontramos con la proposición de Mann (2014), en donde postula que el suicidio es un fenómeno biopsicosocial el cual se puede explicar cómo el resultado entre estresores vitales y la vulnerabilidad (tanto psicológica como del contexto), lo que podría explicar la relativa frecuencia con la se presenta el fenómeno, ya que se ha demostrado que el vivir constantemente bajo situaciones estresantes se relaciona con un incremento de conductas nocivas para la salud (Barona, 2016) que a la postre puede terminar en un acto suicida. Estas características tan comunes en muchos de los jóvenes de nuestra actualidad, convierten a los adolescentes de nuestro país en un “blanco” potencial para el desarrollo de ideas suicidas.

Son diversos los estudios que han reflejado cifras preocupantes en las que se afirma por ejemplo que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos suicidas que no son reportados y que por tanto pasan desapercibidos ante la estadística (Córdoba, 2016). Según un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (2014), la denuncia de los intentos suicidas varía entre los países latinoamericanos y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia, lo que pudiera significar que la problemática del suicidio en los jóvenes es mucho más grave de lo percibido, de hecho, el alarmante aumento de las tasas de suicidio e intento de suicidio entre los jóvenes ha impulsado los esfuerzos para desarrollar intervenciones preventivas eficaces que reduzcan la conducta suicida y la tasa de suicidios (McKelvey et al.,2015).

En cuanto al estado de Nuevo León, según el INEGI (2016) en el año 2015 se registraron 253 suicidios (de un total de 6,425), lo que posiciona al estado como la entidad en el octavo lugar con mayor índice de suicidios en el país. Respecto al tema, en Nuevo León existen pocos estudios que intenten dar un monitoreo al fenómeno del suicidio, uno de los trabajos relacionados al tema es el análisis documental realizado por la Dra. Patricia Cerda Pérez titulado “Geografía de la violencia: el suicidio en Nuevo León” (2012), en donde se realizó un estudio cartográfico con las estadísticas de suicidio en el estado del 2006 al 2009; el análisis cartográfico detectó que una parte considerable de las zonas examinadas caracterizadas por una alta incidencia de suicidios registran oficialmente también un elevado índice de casos de violencia intrafamiliar y de existencia de pandillas.

Sumado a esto y tomando en cuenta las estadísticas presentadas en el apartado de introducción, entendemos que México no es ajeno a la problemática, al contrario, la tendencia de suicidios en el país va a la alza (INEGI, 2016) por lo que las cifras presentadas hasta ahora en el presente trabajo son

un reflejo de la seriedad con la que el tema del suicidio debe ser tomado en la actualidad debido a estos datos.

Es un hecho que el suicidio debe ser considerado un problema de salud en nuestro país, que como se ha presentado en este trabajo, es el resultado de la falta de preparación generalizada en la población para afrontar de manera adecuada situaciones relacionadas con el manejo de variables personales, familiares y sociales, así como la falta de investigación sobre como estas variables interaccionan para que el fenómeno se de.

En México son diversas las estrategias que se han implementado a niveles estatal y federal para intervenir en distintos ámbitos, tanto educativos, sociales y políticos; buscando resultados efectivos tanto preventivos como paliativos a la problemática. Un ejemplo de ello es la ley general de salud, que tiene como objetivo reglamentar el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en el país, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Ley Federal de salud, 2016); en donde bajo el marco de los artículos 72 y 73 de dicha ley, se hace referencia a las estrategias de prevención y promoción de la salud mental en donde se reglamenta la atención a personas mentales y de comportamiento.

Es dentro de estos apartados de la ley, en donde se han postulado iniciativas oficiales en la cámara de diputados a nivel Federal, con las que se pretende “dotar de derechos específicos a las personas en riesgo de suicidio y a sus familias por medio de la actuación de las autoridades de salubridad y organizaciones sociales en el marco del Sistema Nacional de Salud, condensada en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se propone a la Cámara de diputados como instrumento idóneo para alcanzar dichos fines y detener la oleada de muertes auto infligidas que se registra en el país (Mondragón,2012)”;

y propone en concreto el apoyo para promover la investigación en las causas del suicidio y las conductas suicidas, y las acciones preventivas emanadas de estas investigaciones.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la problemática en una población no solamente universitaria, si no enfocarlo a un sector como lo son los estudiantes de educación secundaria, ya que existen elementos para considerar que en los adolescentes que pertenecen a este nivel educativo existen variables que interactúan entre sí, aumentando la probabilidad de que se desarrolle una ideación suicida.

Aunado a esto, la escases de bibliografía especializada sobre el tema en jóvenes de edad secundaria a nivel nacional es un problema para los investigadores que buscan fundamentar estrategias y teorías que pretendan aportar una solución a la problemática, por lo que este trabajo busca también contribuir a las opciones de publicaciones antecedentes en el tema en lo que respecta al estado de Nuevo León.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde hace tiempo se ha demostrado que una de las consecuencias a nivel social de la conducta suicida es el impacto emocional que causa en las personas que rodean a quien ejerce esta conducta, incrementando el riesgo de que ésta se presente nuevamente en otro de los miembros del grupo, porque se valida la conducta como una forma de resolución de problemáticas (Arlaes, Hernández y Álvarez, 1998 citado en Gómez y Suárez, 2016), esta situación es un agravante para las ya “alarmantes” cifras de suicidio en nuestro país, por lo que es de vital importancia generar propuestas que ayuden a frenar el fenómeno trabajando desde la raíz del problema.

Es un hecho que existen registros estatales y nacionales que muestran datos muy claros en cuanto a las características de las personas relacionadas con actos suicidados, en donde se reportan sexo y edad de los sujetos, sin embargo, estos registros se limitan a reportar datos estadísticos que no aportan la información suficiente para una intervención social a nivel preventivo. Es aquí donde se resalta la importancia de nuevos estudios detallados en donde se tomen en cuenta todos las variables involucradas, y de esta manera se permita analizar la ruta comportamental del joven suicida para llevar a cabo acciones preventivas a gran escala.

Tomando en cuenta estos datos, se puede hipotetizar que quizá la dificultad al trabajar en estrategias de prevención del suicidio radica (además de las características psico emocionales propias de esta etapa de la vida) en su etimología multifactorial como lo indican diversos autores, por ejemplo Cheng (2009), quien define a la ideación suicida como un fenómeno complejo e interrelacionado en donde intervienen factores familiares, escolares y personales.

Sin embargo, de acuerdo con lo expuesto por Sánchez (2011, p. 30) la mayoría de los estudios actuales parecen reducirse únicamente a la identificación de estos factores como detonadores de la conducta relacionados entre sí, careciendo de un análisis profundo en cuanto a la direccionalidad de estos elementos, por lo que el resultado de esta investigación también puede contribuir a llenar este vacío.

Es aquí donde destaca la importancia y urgencia de establecer nuevos modelos explicativos sobre la ideación suicida basados en una teoría ecológica donde se establezcan efectos directos e indirectos entre las variables de estudio, permitiendo así el desarrollo de estrategias no solo de prevención, sino también de intervención en aspectos puntuales de la problemática.

Por último, tomando en cuenta la teoría expuesta con anterioridad y las estadísticas que indican un aumento en los suicidios consumados en el estado, consideramos que generar un modelo explicativo del suicidio a nivel estatal, permitirá entender los factores de prevalencia de la ideación suicida y las variables que la acompañan, de tal manera que a la vez, este estudio pueda contribuir a la bibliografía local en el tema, que pueda aportar conceptos para estudios próximos.

Por todo esto, es vital desarrollar investigaciones a nivel estatal como este estudio, que tomen en cuenta las características particulares de los adolescentes regiomontanos con la finalidad de generar estrategias de intervención y prevención realmente efectivas para este contexto.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

Analizar la relación existente entre la ideación suicida y factores contextuales (funcionamiento familiar y victimización escolar) y personales (síntomatología depresiva y soledad) en adolescentes escolarizados, para proponer un programa de prevención / intervención a partir de los resultados.

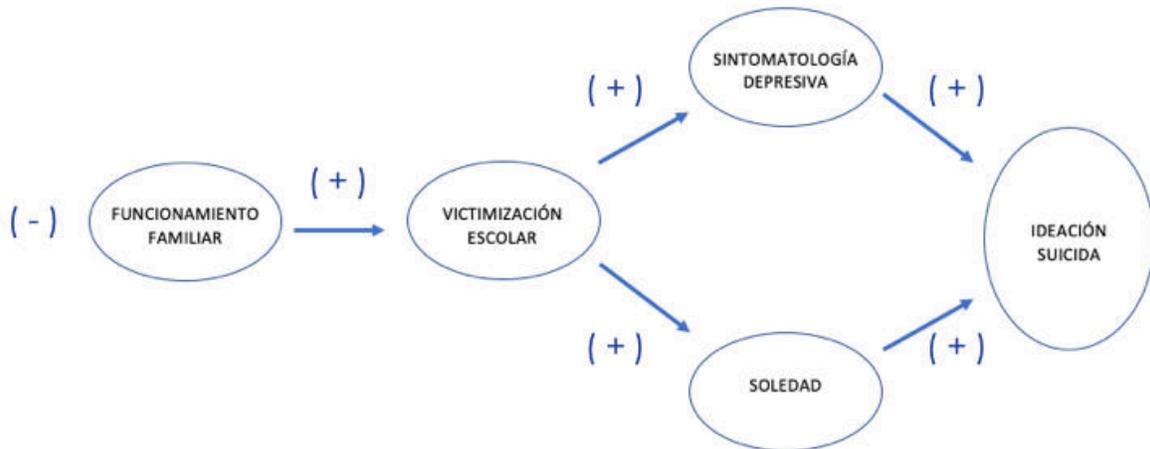
1.3.2 Objetivos Específicos:

-Analizar la relación existente entre la ideación suicida y las variables de estudio (factores contextuales y personales).

-Contrastar el modelo hipotético de efectos directos e indirectos con la ideación suicida

-Elaborar un programa de prevención e intervención de ideación suicida a partir de los resultados obtenidos.

En función de los objetivos de la investigación y contemplando las consideraciones teóricas que sustentan este trabajo se especificó un modelo hipotético que se expresa en la figura 1.



HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

De este modelo hipotético se desprenden una serie de hipótesis a contrastar.

Hipótesis 1. Un inadecuado funcionamiento familiar incide directamente en el aumento de la victimización escolar.

Hipótesis 2. A mayor victimización escolar, aumenta la sintomatología depresiva y la percepción de soledad, lo que marca una relación directa de estas dos últimas variables con la ideación suicida.

Hipótesis 3. Un bajo funcionamiento familiar influye indirectamente en el desarrollo de la ideación suicida, a través de las variables de victimización escolar, sintomatología depresiva y depresión.

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO

2.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida en la que un individuo comienza a experimentar múltiples cambios y ajustes en distintos aspectos inherentes al desarrollo, es una época de profundas transformaciones en todos los órdenes, que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez. Este período comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, que marca la transición de la infancia al estado adulto, produciendo con esto cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales; que se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad (OMS, 1990; en Santisteban 2014).

En esta etapa de vida, los adolescentes deben negociar los límites en su casa, en la escuela, con la familia, los compañeros y en el entorno social, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores como una época de gran emocionalidad y estrés (Garduño, Gómez & Peña, 2011), por esto, es muy común encontrar a jóvenes que en un momento pueden sentirse desilusionados, decepcionados y heridos, y poco después, eufóricos, optimistas y enamorados.

Los cambios que se viven durante la etapa de la adolescencia constituyen un importante eslabón curso del desarrollo humano, por lo que se podría decir, que el cambio es la esencia de la adolescencia; por lo que, en efecto, el segundo decenio de la existencia humana se caracteriza por la variedad e intensidad de las transformaciones en todos los aspectos del desarrollo: el biológico, el psicológico y el de la vida social (Ramos, 2008).

El interés de la ciencia por estudiar científicamente esta etapa es relativamente reciente, ya que es apenas a principios del siglo XX cuando Stanley Hall (1904) publica la primera teoría explicativa de la adolescencia desde una perspectiva psicológica, por lo que día a día se sigue generando investigación alrededor de este concepto y su relación con los distintos contextos en el que se desarrolla el individuo. Por lo que, complementando a la definición que hace Hall, la adolescencia es un periodo de cambios en el desarrollo producidos entre la niñez y la edad adulta (Koops, 1996), considerándola como un periodo “tormentoso y estresante”, de confusión normativa y de oscilaciones y oposiciones.

Esta concepción ha sido el principal referente teórico hasta hace poco tiempo y ha llegado a cristalizar en la representación cultural que aún hoy se tiene de esta etapa. Sin embargo, en las últimas décadas esta visión ha sido reemplazada por otra que conceptúa la adolescencia como un período de desarrollo positivo durante el cual la persona se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades (Compas, Hinden y Gerhardt, 1995; en Musitu y Evaristo, 2017).

A pesar de este consenso general, desde el punto de vista científico, son muchas las definiciones que se aportan y complican una definición precisa de adolescencia, numerosos autores están de acuerdo en señalar como punto de partida común, como ya se mencionó, que se trata de una etapa de transición de la vida entre la infancia y la edad adulta, pero, como señala Lehalle (1995), esta definición puede no resultar satisfactoria puesto que supone una descripción de la infancia y la edad adulta como dos “estados” psicológicos relativamente estables y, sin embargo, actualmente se considera que el desarrollo se extiende al conjunto de la vida.

Juárez (2002) por ejemplo, propone que la adolescencia es una etapa en la que se busca conformar una identidad, partiendo de un modelo externo, en donde dicho modelo es elegido por características que concuerden con las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente está experimentando y que en la construcción de estos modelos también influye el referente social que ha sido transmitido en la relación con sus padres, quienes a su vez lo tomaron de la sociedad.

Debido a la necesidad de pertenencia al grupo característica de esta etapa, y a la intensidad con la que se perciben las vivencias, en la adolescencia, las relaciones interpersonales tienen una gran relevancia, que sumado a una mayor impulsividad y una infravaloración de los riesgos, se aumenta potencialmente la posibilidad de tentativas autolíticas en los jóvenes (Villar-Cabeza F., Castellano-Tejedor C., Sánchez- Fernández B., Verge Muñoz M. & Blasco-Blasco, 2017); por esta razón, durante esta etapa los adolescentes son vulnerables a las influencias positivas y/o negativas) de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan (Márquez, 2004); aquí es donde poco a poco se van separando del primer soporte (la familia) para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir la manera en la que participará dentro de su cultura. La problemática radica en que, si las bases para la construcción de la identidad son deficientes, el establecimiento del adolescente como individuo se conforma por medio de una exploración difusa, carente de estructura o con una presencia en el medio autoafirmada en acciones efímeras (Cobos, 2008).

Así, las concepciones actuales de la adolescencia la caracterizan como un periodo de ajustes a diferentes “tareas” y cambios del desarrollo entre los 12 y los 20 años (Frydenberg, 1997; Palmonari, 1993). Este lapso de tiempo de 8 años suele dividirse en tres etapas o periodos: primera adolescencia (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia; adolescencia media (15-17 años), etapa en la que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes y se incrementa la implicación en conductas de riesgo, y adolescencia tardía (18-20 años), etapa que se está alargando en los últimos años porque los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental.

En conclusión, se puede considerar a la adolescencia como un momento de transición una serie de implicaciones que dicha transición conlleva: una anticipación entusiasta del futuro; un sentimiento de pesar por el estado que se ha perdido; un sentimiento de ansiedad en relación con el futuro; un reajuste psicológico importante; un grado de ambigüedad de la posición social durante la transición (Coleman y Hendry, 2003), que se concentra en tres áreas, fundamentalmente: cambios en el desarrollo físico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social; que tiene como característica fundamental la determinación histórico-social de sus eventos y recibe directamente la influencia cultural y generacional (Águila, Díaz y Díaz, 2017).

2.1.1. Cambios Físicos

Durante la adolescencia en la maduración del joven individuo se expresa a través de cambios drásticos en forma y apariencia corporal, esto sucede principalmente a consecuencia de alteraciones en el sistema hormonal; sin embargo, es importante tener en cuenta que los adolescentes también están determinados de manera fisiológica y cultural (Eichorn, 1975).

Villarreal-González (2009), ubica a la maduración física como uno de los grandes cambios en la adolescencia, definiendo que esta consiste particularmente en el denominado “estirón puberal un marcado aumento en el crecimiento del cuerpo que se distribuye asincrónicamente, comienza por las extremidades manos y pies, brazos y piernas- y alcanza finalmente el tronco.

Asimismo, Özdemiş, Utkualp y Pallos (2016) explican que los cambios físicos son el aumento de la estatura y el peso, el desarrollo de caracteres sexuales, el cambio en la cantidad y distribución de grasa y tejidos musculares y los cambios en la circulación y el sistema respiratorio. Si bien este

cambio corporal se produce en ambos sexos, la coordinación y sucesión del mismo es diferente para hombres y mujeres.

Por ello, Güemes-Hidalgo, González-Fierro e Hidalgo (2017) explican los cambios físicos que presentan los hombres y mujeres: en el hombre, el primer signo de desarrollo puberal en ellos es el aumento del volumen testicular, así como enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal que puede empezar entre los 9-14 años y acontece a una edad ósea de 13 años; mientras que, en las mujeres, es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Así mismo, las mujeres suelen presentar el estirón puberal, el aumento de peso y las primeras apariciones de caracteres sexuales secundarios alrededor de los 10-11 años, mientras que los hombres presentan los mismos cambios un año después.

Aunque algunos de los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia son internos y no son visibles, otros pueden ser vistos fácilmente por otros. De esta forma, la Oficina de Asuntos de Población ([OPA, en sus siglas en inglés], 2018) comentan que los cambios que ocurren tanto dentro como fuera del cuerpo durante la adolescencia, este proceso se deriva de la liberación de ciertas hormonas como la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias (hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante [LH]) (Hidalgo y González-Fierro, 2014). De esta forma, se van incrementando la secreción y los pulsos de GnRH. La GnRH actúa sobre la hipófisis estimulando la secreción de gonadotropinas (FSH y LH), las cuales a su vez estimulan la gónada, con el consiguiente incremento en la producción de andrógenos y estrógeno.

2.1.2. Cambios Psicológicos

Uno de los cambios que también se vivencian en esta etapa, son los psicológicos, donde el adolescente va desarrollando su propio pensamiento así como su auto concepto, autoestima y muy importante para la vida adulta, el desarrollo de su identidad; la primera se relaciona con la capacidad de manejar o autorregular las emociones y la segunda con la habilidad para relacionarse efectivamente con otros (Gaete, 2015). Villarreal (2009) define a este proceso como la etapa en la que se produce la identificación, es decir, la persona toma conciencia de su individualidad y de su diferencia respecto a los demás, y es cuando los adolescentes desean saber quiénes son, cómo son y cómo se definen en las distintas áreas que les constituyen. En otras palabras, se está modificando y conformando su

autoconcepto físico, familiar, emocional, social y académico laboral, aspectos que configuran la imagen global que se tiene de uno mismo.

Reforzando esta línea de ideas, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2012) expone que, además de los cambios biológicos, el adolescente se vive profundas transformaciones de personalidad, cognitivas y emocionales, así como cambios importantes como:

- Cambios conductuales, psicosociales y sexuales.
- Cambios en los hábitos alimentarios, de sueño y de actividad física.
- Obtención de nuevas habilidades psicomotrices.
- Desarrollo de la personalidad.
- Desarrollo cognitivo.
- Desarrollo emocional.

Por otra parte, es un hecho que las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psico-social del sujeto, situación que desencadena un ajuste que comprende tres aspectos: la lucha dependencia-independencia, en donde la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional; la importancia de la imagen corporal, que se puede manifestar comúnmente con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad la relación con sus pares; y finalmente la relación con sus pares cuando las relaciones son fuertemente emocionales y comienzan a tener una mayor relevancia las relaciones con el sexo opuesto (Díaz, 2013).

Iglesias (2013) profundiza en este concepto, desarrollando de una manera más concreta la idea de la siguiente forma:

- Lucha Independencia-Dependencia: Se da en la primera adolescencia (12-14 años), en donde la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación, estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez.
- Preocupación por el aspecto corporal: Es una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo,

inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. Aunque, entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

- *Integración en Grupo de amigos y desarrollo de la Identidad:* La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media (15-17 años) estas relaciones son intensas y se adoptan signos comunes de la identidad
- *Desarrollo de la Identidad:* Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, conductas de riesgo.

Por ello, la identificación personal de los adolescentes, la comprensión de las complejidades sociales y la adherencia exitosa a las normas sociales se vuelven cada vez más importantes y centrales para la vida diaria (Baumeister y Leary, 1995; en Perino, Miernicki y Telzer, 2016). No obstante Villarreal-González (2009) explica el proceso de la identificación, es decir, la persona toma conciencia de su individualidad y de su diferencia respecto a los demás, y es cuando los adolescentes desean saber quiénes son, cómo son y cómo se definen en las distintas áreas que les constituyen. En otras palabras, se está modificando y conformando su autoconcepto físico, familiar, emocional, social y académico laboral, aspectos que configuran la imagen global que se tiene de uno mismo.

Por otra parte, es un hecho que las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psico-social del sujeto, situación que desencadena un ajuste que comprende tres aspectos: la lucha dependencia-independencia, en donde la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional; la importancia de la imagen corporal, que se puede manifestar comúnmente con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad la relación con sus pares; y finalmente la relación con sus pares cuando las relaciones son fuertemente emocionales y comienzan a tener una mayor relevancia las relaciones con el sexo opuesto (Díaz, 2013).

Estos cambios van a afectar de una forma u otra al adolescente respecto de su sentimiento de autocongruencia y de identidad de sí mismo; por ello, necesita tiempo para ir integrando y asumiendo dichas transformaciones para conformar una identidad firme y positiva de sí mismo (Rutter, 1994a, 1994b; Harter, 1999; Alsaker y Kroger, 2003, en prensa; Coleman y Hendry, 2003).

2.2 MODELO ECOLÓGICO DE BRONFERBRENNER

Como se ha visto hasta ahora, son diversos los factores que influyen en el desarrollo integral de un individuo, que durante el transcurso de la vida se va formando a través de procesos activos cada vez más complejos en un individuo de naturaleza bio-psicológica (Bronfenbrenner y Ceci, 1994). En este sentido, podemos definir al concepto de “desarrollo” como un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo (Frías – Armenta, López – Escobar y Díaz – Méndez, 2003).

Por lo que al hablar de los marcos teóricos que defienden una visión integral, sistémica y naturalística del desarrollo psicológico entendido como un proceso complejo, que responde a la influencia de una multiplicidad de factores estrechamente ligados al ambiente o entorno ecológico en el que dicho desarrollo tiene lugar, es imposible no asociarlos con Bronfenbrenner y su Modelo Ecológico (Torrice – Linares, Santín Vilariño, Andrés Villas, Menendez Álvarez y López López, 2002). Asimismo, la transición ecológica, es decir, el cambio, es siempre consecuencia e impulso los procesos de desarrollo (Besener, Debie y Kutscha, 2008; en Epp, 2018), tanto positivos como negativo; mientras que un modelo se refiere a simplificaciones de la realidad que están diseñadas para analizar algunos aspectos del sistema real que tratan de emular (Blanco, 2013).

El impacto que ha tenido en el mundo de la investigación la teoría ecológica de Bronfenbrenner no solo es comprendida desde la misma, dado que muchas son las investigaciones que la han considerado y tomado como referencia al momento de abordar temas dentro del campo psicológico y pedagógico (Córtes Pascual, 2004). Un ejemplo de ello es lo que encontraron Espinoza y Carpio (2015) quienes buscaban caracterizar los factores involucrados en la deserción escolar, mediante un Modelo Ecológico de Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner. Como sus principales resultados,

interacción positiva o negativa de cada uno de los factores involucrados en la problemática, por sí mismos no determinan el problema; la interacción de cada uno de estos factores se analiza mediante la dinámica de sistemas, de cada uno de los factores del sistema y su interacción es que emerge la deserción escolar.

Por otro lado, Usher y Curran (2017) buscaban determinar el nivel de influencia que tienen una serie de factores predictivos en el estado de salud mental de los estudiantes universitarios de Australia, como resultados, los autores encontraron que existen asociaciones significativas positivas entre los factores predictivos identificados como: bienestar emocional, la actividad física, y sus círculos sociales, en contraste con el estado socioafectivo de los estudiantes.

Bronfenbrenner (1977) planteó esta visión ecológica del desarrollo humano destacando la importancia que habría que otorgarle al estudio de los ambientes en que nos desenvolvemos, ya que estos conforman la suma del contexto, entendiendo por este concepto a las características físicas y sociales que rodean a un individuo sin dejar de lado los aspectos idiosincrásicos, siendo el resultado de una interacción dinámica.

De tal manera que esta perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana, en se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro (Bronfenbrenner, 1987). En este modelo ecológico, se postula que la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos (Bronfenbrenner, 1979), por lo que este enfoque pretende integrar y explicar cómo las conductas del individuo surgen en función de la interacción del sujeto en tres niveles: el individuo, el nivel socio-psicológico y el nivel sociocultural (Toldos, 2002).

Es decir, el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979; en Salinas-Quiroz, Cambón y Silva, 2015) permite abordar la complejidad del desarrollo humano, ya que se caracteriza por un conjunto de elementos que interactúan por medio de los ambientes en el que se desenvuelve el sujeto, ya que estos conforman la suma del contexto, entendiendo por este concepto a las características físicas y sociales que rodean a un individuo sin dejar de lado los aspectos idiosincrásicos, siendo el resultado

de una interacción dinámica. Asimismo, sugiere que el comportamiento es producto de múltiples influencias, a saber, factores intrapersonales, interpersonales, organizativos, ambientales y de política que interactúan entre sí (Birtwistle et al., 2019).

Por lo tanto, este modelo concibe las interacciones en sistemas concéntricos, que afectan directa o indirectamente el desarrollo de las personas, de la manera que se describe a continuación: el microsistema, es el nivel más interno, contiene a la persona y sus relaciones interpersonales directas, aquí se definen los roles y actividades que una persona realiza en un contexto determinado; un segundo nivel es el mesosistema, constituido por las interrelaciones de dos o más sistemas en que la persona (parientes, vecinos, amigos), en donde el sujeto participa activamente; el exosistema abarca los espacios cuyo influjo llega a los entornos propios de la persona (la escuela, el hospital, etc.), en este nivel el sujeto no actúa activamente como participante pero los hechos suscitados en estos entornos afectan a la persona; y por último se presenta el macrosistema, que alude a la influencia de factores culturales y del momento histórico-social (Martínez González, Robles Haydar, Utria Utria y Amar Amar, 2014), es decir, hace referencia a las correspondencias, en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro-, meso-, exo-) a nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (Cortes Pascual, 2004).

Por lo tanto, desde una perspectiva gráfica, este Modelo se describe en: Macrosistema, Exosistema, Mesosistema, Microsistema, y el Individuo (ver Fig 1).

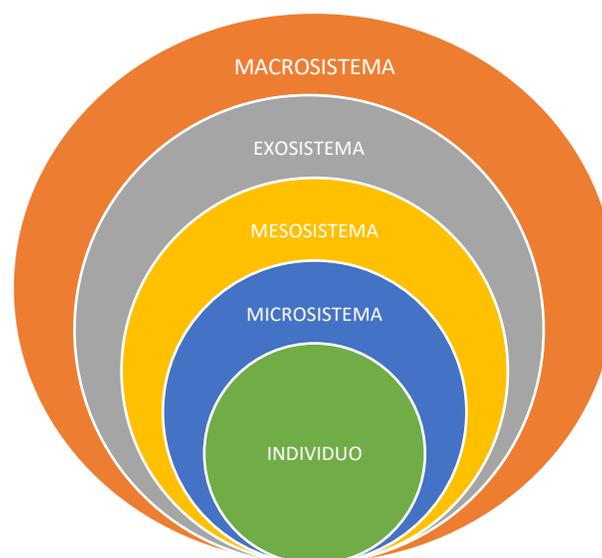


Fig. 1. Modelo Bronfenbrenner
Frías-Armenta, M. (2006). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Brasil: Red
Estudoss de Psicologia: 16 – 17.

No obstante, Epp (2018) describe cada sistema que evoca el Modelo, con el fin de determinar las diferencias entre los mismos y una explicación de la influencia de cada uno ante el individuo:

- Microsistema: Se incluyen todos los factores que pueden afectar al Individuo atribuido a su acción por otro individuo, es decir, determinadas características físicas, capacidades, etc.: actúa alrededor de las magnitudes de influencia personales localizadas en el individuo.
- Mesosistema: Comprende la interacción entre ámbitos de la vida en los que la persona en desarrollo participa activamente (para un niño, por ejemplo, la relación entre el hogar, la escuela y grupo de compañeras; para un adulto, la relación entre la familia, el trabajo, por decir algunos ejemplos). Por tanto, son los distintos contextos de vida en los que mueve un individuo.
- Exosistema: Se entenderán como los ámbitos en los que desarrolla el individuo, pero en los que se producen que afecten a lo que ocurre en su ámbito vital, o "estar influenciado por". Incluye las estructuras sociales formales e informales sobre las que se los individuos en desarrollo no son propiedad directa de una persona que actúe; es En lugar de ello, estas estructuras influyen el individuo, de manera indirecta.
- Macrosistemas: No se centra en contextos específicos que de la persona o de la persona en cuestión los diseños, estructuras y actividades institucionales de una cultura o subcultura; puede considerarse como marco de referencia general. Por lo tanto, tiene un fuerte efecto universal que la sociedad en su conjunto, incluidos, por ejemplo, los aspectos políticos, aspectos económicos, sociales, jurídicos o pedagógicos

Por consiguiente, no sólo las interacciones encuentran en el hábitat inmediato, una consideración (que el individuo), pero también contextos que parecen inicialmente lejanos, como por ejemplo, las condiciones estructurales o normativas del sistema social pasan a ser perspectiva (que presenta un carácter indirecto pero significativo), ya que las personas se ven afectadas por ellas, pero por otra parte, pueden influir en ellos mismos (Seifert, 2011).

A su vez, Bronfenbrenner concibe los sistemas como una interconexión que genera un impacto en el desarrollo psicológico de una persona (Bronfenbrenner, 2002). De esta forma, propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana, en se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro (Bronfenbrenner, 1987). El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner hace una contribución a la comprensión del comportamiento en cuanto al contexto que rodea al individuo (Christensen, 2016).

En este Modelo Ecológico, se postula que la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos (Bronfenbrenner, 1979), por lo que este enfoque pretende integrar y explicar cómo las conductas del individuo surgen en función de la interacción del sujeto en tres niveles: el individuo, el nivel socio-psicológico y el nivel sociocultural (Toldos, 2002). Asimismo, este Modelo concibe las interacciones en sistemas concéntricos, los cuales afectan de forma directa e indirectamente el desarrollo de las personas (Toldos, 2002):

- Individuo nivel más interno, contiene a la persona y sus relaciones interpersonales directas.
- Contexto de desarrollo primario, constituido por las interrelaciones de dos o más sistemas en que la persona (parientes, vecinos, amigos).
- Relaciones establecidas entre los diferentes microsistemas.
- Sistemas en los que participa el individuo influido por la presencia de estos, abarca los espacios cuyo influjo llega a los entornos propios de la persona (la escuela, el hospital, etc.).
- Creencias valores de la sociedad en los que se encuentra inmersos el individuo, alude a la influencia de factores culturales y del momento histórico-social.

Bajo este orden de ideas, la construcción individual de la supuesta realidad social, cada vez más compleja y caracterizada por múltiples interacciones, tiene la intención de reconstruir los investigadores cualitativos. Se centra en el análisis de percepciones e interpretaciones de individuos, como las sociales. La realidad construye a qué estructuras relevantes atribuyen el sentido o el significado. lo que no ven ni en qué medida perciben la realidad social como configurable y cambiante (Bohnsack, 2003; en Epp,2018). Bronfenbrenner (2002) ha identificado en el desarrollo del individuo

que también se ocupa del análisis y estructura de los mismos, proponiendo una serie de elementos que lo componen y permiten una observación más profunda sobre cada sistema, los cuales el mismo autor denomina como elementos del entorno:

- Actividades Morales: Este tipo de actividades son aquellas formas de conductas que presenta un sujeto, las cuales son persistentes en el tiempo, poseen un significado, momento e intención propia. Las actividades molares pueden implicar la existencia de una intención consciente o inconsciente por parte del sujeto, a hablar de una intención inconsciente se hace referencia a una actividad la cual tiene una perspectiva temporal para el sujeto.
- Roles como Contexto: Son una serie de actividades y relaciones que se esperan de una persona, quien ocupa una posición determinada en la sociedad, estas actividades se evocan de acuerdo a la existencia de otros roles y de las relaciones que se dan entre estos y el cómo los desempeña cada persona.
- Estructuras Interpersonales: Las estructuras o relaciones interpersonales, se construyen en el momento en que un individuo participa en actividades con otra persona, dichas relaciones se inician en el ejercicio de observar al otro y que este responda a la observación; se desarrolla en una actividad conjunta entre uno o más individuos dentro de la cual cada uno realice tareas recíprocas que complementen cada actividad, en las cuales cada persona logre percibir dicho proceso.

Cabe de destacar que la comunicación entre entornos es importante para que se construya conocimiento entre los mismos, este se origina a partir del intercambio de información y experiencia entre cada entorno, estos intercambios pueden desarrollarse de varias formas como el solitario en el cual solo participa una persona, dual en el que una persona participa con otra, múltiples en el que los dos entornos participan o débiles que hacen referencia a cuando el único vínculo además del original es uno indirecto (Bronfenbrenner, 2002). En este sentido, permite construir referentes conceptuales para comprender las dinámicas de los conflictos familiares y comunitarios, como parte estructural de la violencia social que se vive día a día en los distintos territorios sociales (Olivares e Incháustegui, 2011). No obstante, también que puedan ser influencia de los conflictos para que el individuo pueda tomar decisiones en los que ponga en riesgo su vida misma.

Con todo esto, se puede concluir que la importancia de retomar esta teoría radica en la pauta que este modelo proporciona para la propuesta de sistemas de intervención ya que, siguiendo este esquema se propone que los programas de intervención consideren mecanismos que impacten en todos los contextos, si se esperan resultados efectivos para enfrentar los problemas abordados; es decir, no se puede esperar que las intervenciones a nivel individual sean efectivas, si no se toman en cuenta todos los escenarios en los que se desarrollan los jóvenes en nuestras sociedades (Frias – Armenta,2003).

2.3 SUICIDIO

El suicidio es una conducta específica del hombre que ha sido descrita a lo largo de toda la historia de la humanidad; sin embargo, a través de las épocas han variado las consideraciones sociales que se han tenido acerca del mismo, generando teorías explicativas que han ido desde pautas morales, religiosas y hasta culturales (Daray, Grendas &Rebok, 2016), por lo que la visión positiva o negativa, y la forma de abordar el fenómeno, ha dependido del contexto socio histórico más que de fundamentos psico emocionales.

Asimismo, la Asociación Americana de Psicología ([APA, en sus siglas en inglés], 2020) lo define como es el acto, por el cual un individuo decide poner fin a su vida de forma intencional, con mayor frecuencia como resultado de la depresión u otra enfermedad mental. De hecho, el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, así como muchos suicidios que se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicos (OMS, 2019).

Por otro lado, Levi-Belz, Gvion y Apter (2019) comentan que el suicidio es un fenómeno muy complejo y multifacético, con muchas variables contribuyentes y facilitadoras. Puede estar determinado por la interacción entre varios factores, como la neurobiología, los antecedentes personales y familiares, los eventos estresantes y el entorno sociocultural (Turecki y Brent, 2016). Dado que es uno de los comportamientos humanos más graves, un enfoque distinto sería identificar los procesos psicológicos subyacentes que pueden conducir a la ideación y el comportamiento suicidas.

En lo específico, según la OECD (2014), el suicidio puede definirse como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal cuya complejidad radica en el origen multifactorial del acto en sí, ya que existen diversos factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales que interactúan para culminar en la muerte.

Además de los trastornos mentales, se ha demostrado que numerosas variables clínicas y psicológicas influyen en el riesgo de suicidio. Un estudio sobre la psicología del suicidio de O'Connor y Nock (2014; en Klonsky, May y Saffer, 2016) enumeran más de 30 factores de riesgo psicológico y de protección. Aquí, se enfoca en tres variables psicológicas a menudo consideradas como predictores particularmente importantes de pensamientos e intentos suicidas: depresión (medida como una variable continua en lugar de un trastorno mental discreto), desesperanza e impulsividad. De hecho, existe evidencia de que cada una de estas variables exhibe relaciones estadísticamente confiables con las medidas de suicidalidad y riesgo de suicidio: a principios del siglo XXI, la mortalidad más alta de causas no-naturales a nivel mundial se debió a la depresión (30%), seguida por trastornos relacionados con el consumo de sustancias (18%), esquizofrenia (14%) y trastornos de la personalidad (13%) (Bachman, 2018).

Sin embargo, se debe distinguir entre: suicidio y comportamiento suicida. Generalmente se utiliza el término de “comportamiento suicida” para referirse a los pensamientos y comportamientos relacionados con un individuo que intencionalmente se quita la vida, estos pensamientos incluyen los resultados más específicos de la ideación suicida, que se refiere a un individuo que tiene pensamientos acerca de quitar intencionalmente su propia vida; plan de suicidio, que se refiere a la formulación de un argumento específico por un individuo para terminar con su propia vida; e intento de suicidio, que se refiere a la participación en un comportamiento potencialmente autodestructivo en el que al menos hay alguna intención de morir como resultado del comportamiento (O'Connor & Nock, 2014).

En gran medida, el suicidio acontece a razón de la convergencia de factores biopsicosociales que emergen en un momento determinado de la historia individual y colectiva de un sujeto, sin embargo, de acuerdo con Rivera y Andrade (2006), el comportamiento suicida puede ser identificado como un proceso en donde una persona puede atravesar por cada una de las fases siguientes fases: ideación

suicida, el proceso se inicia con los deseos e ideas sobre morir; planeación suicida, en esta etapa surgen los pensamientos sobre como quitarse la vida; gestos suicidas, aparecen las amenazas y conductas suicidas sin resultado de muerte (conductas autodestructivas y lesiones autoinfligidas); intento de suicidio, realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento; suicidio consumado, en donde el o los intentos suicidas alcanzaron un grado de letalidad que terminan en la consumación del mismo (Cantoral & Betancourt, 2011).

A su vez, Bostwick, Pabbati, Geske y McKean (2016) realizaron un estudio para evaluar el historial de intentos de suicidio que pueda predecir -de manera sólida- el suicidio consumado. Este estudio de cohorte prospectivo-retrospectivo observacional que utilizó el Proyecto de Epidemiología de Rochester identificó 1490 (hombres, N = 555; mujeres, N = 935). De los intentos de índice muertos, el 72,9% utilizó armas de fuego, lo que arroja una razón de probabilidades de muerte por arma de fuego, en comparación con todos los demás métodos, de 140 (IC del 95% = 60–325). Cuando se ajustó por covariables, los supervivientes que recibieron citas psiquiátricas de seguimiento tenían una probabilidad significativamente menor de suicidio posterior (razón de posibilidades = 0,212, IC del 95% = 0,089-0,507).

No obstante, en investigaciones relacionadas con la población de adolescentes, Shain (2016) argumenta que es importante señalar que la falta de la mayoría de los factores de riesgo no hace que un adolescente esté a salvo del suicidio. Los factores de riesgo fijos incluyen: antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio; historial de adopción; género masculino; problemas de salud mental de los padres; orientación sexual lesbiana, gay, bisexual o que cuestione; identificación transgénero; un historial de abuso físico o sexual; y un intento de suicidio previo.

Por ello, Geoffroy et al. (2016) probar si los adolescentes que son victimizados por sus compañeros tienen un mayor riesgo de ideación suicida e intento de suicidio, utilizando investigaciones tanto transversales como prospectivas. La información sobre victimización e ideación suicida grave e intento de suicidio en el último año se obtuvo a las edades de 13 y 15 años de autoinformes (N = 1,168). Como resultados, las víctimas informaron simultáneamente mayores tasas de ideación suicida a la edad de 13 años (11,6–14,7%) e intento de suicidio a la edad de 15 años (5,4–6,8%) en comparación con las que no habían sido victimizadas (2,7–4,1% por ideación suicida y 1,6– 1,9% por intento de suicidio). Ser victimizado por compañeros a los 13 años predijo la ideación suicida (razón de probabilidades [OR] = 2,27; IC del 95% = 1,25–4,12) y el intento de suicidio (OR = 3,05, IC del 95% = 1,36–6,82) 2 años después, incluso después de ajustar para el suicidio inicial, así como los

problemas de salud mental y una serie de factores externos (nivel socioeconómico, inteligencia, funcionamiento y estructura de la familia, crianza hostil-reactiva, ideación / intento de suicidio materno de por vida).

Por otra parte, Peyre et al. (2017) realizaron una investigación en donde querían identificar los factores de riesgo para los intentos de suicidio difieren en niños y adolescentes y clasificar los resultados de salud mental en la edad adulta de los niños y adolescentes que intentan suicidarse en la población general. Utilizando una muestra de adultos de Estados Unidos (N = 34,653), obtuvieron como resultados que los intentos de suicidio durante la infancia (n = 104) estuvieron más fuertemente relacionados con el maltrato infantil, mientras que los intentos de suicidio durante la adolescencia (n = 415) estuvieron más fuertemente asociados con el episodio depresivo mayor. En comparación con los primeros intentos de suicidio durante la adolescencia, los primeros intentos durante la infancia se asociaron con un mayor riesgo de múltiples intentos de suicidio (61,3% frente a 32,6%), varios trastornos psiquiátricos (manía, hipomanía y trastorno de pánico) y un funcionamiento social más deficiente durante la edad adulta (todos Valores de $p < 0,05$). Como conclusión, los intentos de suicidio en niños y adolescentes difieren sustancialmente en los factores contribuyentes y los resultados de salud mental en la edad adulta.

Asimismo, Thompsom y Swartout (2017) realizaron un estudio, en el cual se utilizaron cuatro oleadas de datos que abarcan aproximadamente 13 años del Estudio Longitudinal Nacional de Salud de los Adolescentes. La muestra incluyó 9027 encuestados que tenían entre 12 y 18 años (M = 15,26; SD = 1,76) en la Ola 1, 50% hombres, 17% hispanos y 58% blancos. Los resultados indicaron que el 93,6% de la muestra tenía una probabilidad baja de intentos de suicidio a lo largo del tiempo, el 5,1% tenía una probabilidad elevada de intentar suicidarse en la adolescencia pero no la edad adulta joven, y el 1,3% tenía una probabilidad elevada de intentar suicidarse durante la adolescencia y la edad adulta.

Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morir (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados), lo único que quieren es dejar de sufrir y por eso pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado (Boergers, Spirito y Donaldson, 1998). De esta forma, el suicidio es, probablemente, la muerte más desoladora que existe. A los supervivientes, además del dolor de la pérdida, les queda con frecuencia la vergüenza de revelar el motivo real del fallecimiento y el sentimiento de culpa por lo que se pudo haber hecho y no se hizo (Echeburúa, 2015).

En gran medida, el suicidio acontece a razón de la convergencia de factores biopsicosociales que emergen en un momento determinado de la historia individual y colectiva de un sujeto, sin embargo, de acuerdo con Rivera y Andrade (2008), el comportamiento suicida puede ser identificado como un proceso en donde una persona puede atravesar por cada una de las fases siguientes fases: ideación suicida, el proceso se inicia con los deseos e ideas sobre morir; planeación suicida, en esta etapa surgen los pensamientos sobre como quitarse la vida; gestos suicidas, aparecen las amenazas y conductas suicidas sin resultado de muerte (conductas autodestructivas y lesiones autoinfligidas); intento de suicidio, realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento; suicidio consumado, en donde el o los intentos suicidas alcanzaron un grado de letalidad que terminan en la consumación del mismo (Cantoral & Betancourt, 2011).

2.3.1. Factores asociados al suicidio

Como se ha dejado entrever hasta ahora en el presente documento, tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, por lo que es importante conocer sus factores determinantes abarcando perspectivas biopsicosociales (De Jalon, 2009), y aunque se ha identificado un amplio rango de factores de riesgo para el comportamiento suicida, no está claro por qué estos factores trabajan juntos para aumentar el riesgo de este comportamiento. Por otro lado, a pesar de que quizás la presencia de un trastorno psicológico previo el factor de riesgo más ampliamente estudiado para la conducta suicida, estas afectaciones cognitivas no tienen un gran poder predictivo, y tampoco explican por qué las personas intentan suicidarse, por esta razón, se deben identificar marcadores más específicos de riesgo de suicidio (O'Connor & Nock, 2014).

Para Sánchez-Sosa, Villarreal y Musitu (2013) consideran al suicidio como un fenómeno multifactorial, ha permitido la evolución de teorías fatalistas y deterministas hacia la construcción teórica de modelos explicativos psicosociales que permitan evaluar desde diversos contextos y dimensiones los factores que inciden directa e indirectamente en el suicidio.

El apreciar de manera acertada los factores de riesgo alrededor de un individuo de acuerdo a la etapa de vida en la que este se este desarrollando, es esencial para pronosticar un potencial intento suicida; dichos factores de riesgo pueden dividirse en dos categorías principales: riesgo estático y riesgo dinámico (Steele, Thrower, Noroian & Saleh, 2018). Según Steele et. al. (2018), los factores

de riesgo estático incluyen atributos estables o fijos, que imbuyen un riesgo "de referencia" para el suicidio, estos incluyen sexo, raza, edad, orientación sexual, antecedentes familiares e historial personal de intentos de suicidio, mientras que los factores de riesgo dinámico fluctúan a lo largo de la vida de un individuo; tales ejemplos incluyen síntomas actuales de enfermedad mental, uso de sustancias, posesión de armas de fuego y acceso a la atención médica; aunque la literatura actual no identifica factores específicos que diferencien de forma sistemática y confiable el riesgo bajo de los individuos de alto riesgo, se han reportado categorías generales que afectan la vulnerabilidad al suicidio entre diferentes grupos de edad, que incluyen factores estresantes sociales, pérdidas recientes y estados emocionales.

Complementario a esta teoría, LeFevre (2014) postula que este riesgo de suicidio puede variar según la edad, el sexo y la raza / etnia, y de manera general, es decir, los factores de riesgo para el intento de suicidio incluyen la presencia de un trastorno de salud mental; eventos infantiles adversos graves y antecedentes familiares de suicidio.

Por otro lado, autores como De Jalon (2002) ubican estos riesgos en tres categorías generales que pueden ser detonantes en un evento suicida, los aspectos sociodemográficos, clínicos y biológicos de los cuales se desprenden otras áreas más específicas que pueden contribuir en menor o mayor medida a potenciar el comportamiento suicida.

Características como la edad, el sexo, el origen étnico, el estado civil y el nivel socioeconómico están incluidos dentro de los factores sociodemográficos, así como los trastornos mentales y médicos en la parte clínica, y variables genéticas o de historial familiar en el área biológica, ya que algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida, por ejemplo, Roy (1999) y sus colaboradores encontraron en sus estudios que poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la parte clínica, se ha mencionado que frecuentemente el aumento de riesgo ha sido asociado a la presencia de un trastorno de salud mental como lo es la depresión, la esquizofrenia, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos por consumo de sustancias, ya que se ha encontrado que alrededor del 87% de los pacientes que mueren por suicidio cumplen los criterios para uno o más trastornos de salud mental (LeFavre, 2014); un ejemplo de esto son las estadísticas publicadas recientemente con relación a la población estadounidense, en donde se encontró que una historia de depresión presente a lo largo de la vida, duplica las posibilidades de un intento de suicidio en adultos estadounidenses, y la depresión

probablemente esté presente en el 50% al 79% de los jóvenes que intentan suicidarse, aunque esto puede no ser siempre reconocido (O'Connor, Gaynes, Burda, Williams & Whitlock, 2013).

Por ende, Palomo, Zamora, Denis, Denis y Melo (2020) distinguen dos conductas suicidas: por un lado, la conducta suicida sin base psicopatológica; y la segunda, es consecuencia de una alteración psiquiátrica, es decir, la conducta suicida que tiene que ver con procesos de salud emocional y la conducta suicida que está relacionada con una enfermedad mental.

2.3.2. Tipos de suicidio

Gran parte de lo que se sabe sobre el suicidio se basa en investigaciones epidemiológicas analíticas y descriptivas transversales, complementándose en estudios prospectivos, autopsias psicológicas y revisiones sistemáticas posteriores que mejoran y aclaran los hallazgos epidemiológicos; sin embargo, los suicidas que consumaron el acto no son un grupo homogéneo, de tal manera que existe una amplia diversidad en cómo y por qué las personas mueren por suicidio (Martin, LaCroix, Novak & Ghahramanlou-Holloway, 2019).

Existen investigaciones tipológicas teóricas y empíricas con respecto a la ideación, los comportamientos y los intentos de suicidio, sin embargo, de acuerdo con Martin y sus colaboradores (2019) no se recomiendan las comparaciones directas de las tipologías del difunto suicida y del no fallecido, ya que las tipologías de difuntos y no difuntos se basan probablemente en características diferentes y pueden no ser generalizables entre los grupos.

Bajo esta línea, distintos investigadores y teóricos han propuesto que existen subgrupos específicamente entre los difuntos suicidas, y que estas tipologías pueden diferir notablemente en la forma en que se presentan en diferentes puntos a lo largo del camino hacia el suicidio. Mandara (2003) define al concepto de tipología como un sistema jerárquico de categorías utilizado para organizar objetos de acuerdo con sus similitudes y diferencias, por lo que la tipologías permiten la agrupación de ciertas características para realizar clasificaciones sobre un grupo, al tiempo que reconocen características individuales únicas y específicas (Martin, LaCroix, Novak & Ghahramanlou-Holloway, 2019).

Un ejemplo de tipologías de suicidio propuestas recientemente, es la que expone Durkheim (2016), en donde hace una agrupación de cuatro tipos de suicidio según su motivación:

- Egoísta: Cuando un hombre se aísla socialmente o siente que no tiene lugar en la sociedad, se destruye a sí mismo; este es el suicidio de una persona egocéntrica que carece de sentimientos altruistas y generalmente está aislada de la corriente principal de la sociedad.
- Altruista: Este tipo de suicidio ocurre cuando los individuos y el grupo son demasiado cercanos e íntimos; este tipo de suicidio resulta de la integración excesiva del individuo en la prueba social.
- Anémico: Este tipo de suicidio se debe a una cierta ruptura del equilibrio social, como el suicidio después de la quiebra o después de ganar una lotería; en otras palabras, el suicidio anómico tiene lugar en una situación que ha surgido de repente.
- Fatalista: Este tipo de suicidio se debe a la sobreregulación de la sociedad; bajo la sobreregulación de una sociedad, cuando un sirviente o esclavo se suicida, cuando una mujer estéril se suicida, es el ejemplo de suicidio fatalista.

Los diversos tipos de pueden combinarse entre sí para que cualquier caso particular pueda manifestar algunas de cada una de las influencias (Durkheim, 2016), no obstante. las sociedades también varían en el método favorito de cometer suicidio, aunque esto no parece variar con el tipo de suicidio.

Las tipologías de los fallecidos por suicidio basadas en muestras grandes y representativas son importantes porque son generalizables y proporcionan una comprensión básica de cómo los diferentes factores y características de riesgo pueden agruparse para informar la evaluación e intervención del riesgo de suicidio. Sin embargo, puede ser difícil obtener muestras grandes de fallecidos para generar tipologías generalizables, estas tipologías pueden ser difíciles de replicar y pueden pasarse por alto características importantes específicas de ciertos subgrupos (Martin et al.,2019); Por ello, es importante observar y analizar el ambiente en el que vive el sujeto, con el fin de determinar la relación entre los factores ambientales con la decisión de conllevar el suicidio.

2.4 IDEACIÓN SUICIDA

Como ya se conceptualizo previamente, el suicidio es un comportamiento complejo, resultante de una multiplicidad de factores que la investigación en el tema aún no termina de precisar y que sin

embargo representa el punto culminante y fatal en la vida de muchas personas (Sánchez, Villarreal & Musitu, 2013); sumado a esto, diversos expertos en el tema han definido al suicidio como un proceso compuesto de diversas acciones o etapas, en donde un consenso generalizado en la teoría respectiva al tema, marca a la ideación suicida como el inicio de dicho proceso (Perez, 1999).

Un ejemplo más de ello, es lo propuesto por Miranda, Cubillas, Román y Abril (2009) quienes especifican un desglose entre suicidio e ideación suicida, retomando la ideación suicida como el inicio en este proceso, seguida por la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación del mismo, la ejecución del intento suicida y finalmente el suicidio consumado; a su vez, Cañón y Carmona (2018) explican que todo empieza con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio; también, son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. Por último, se presenta lo postulado por Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges (1998), quienes coinciden en que la detección de ideación suicida en un individuo es fundamental como predictor del intento suicida, desglosando además al comportamiento suicida en tres fases: ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, mientras que Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2005) definen a este concepto como la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte.

Fonseca-Pedrero et al. (2018) encontraron en una muestra representativa de adolescentes formada por 1,664 participantes (M = 16,12 años; DT = 1,36; rango 14-19 años) que el 4.1% de la muestra informó haber intentado quitarse la vida en el último año, de misma forma, los participantes con ideación suicida informaron de un peor estado de salud mental y menor satisfacción con la vida, por esta razón, los autores concluyeron que la ideación suicida se encuentra presente en población adolescente y se asocia a un peor bienestar emocional subjetivo y a mayores problemas emocionales y comportamentales.

De igual forma, Bazán-López, Olórtégui-Malaver, Vargas-Murga y Huayanay-Falconí (2016) comentan en su estudio hecho con adolescentes de 12 a 17 años que la prevalencia de vida del deseo

de morir y del pensamiento suicida en adolescentes fue 21,4% (IC: 16,6-27,1) y 7,4% (IC: 5,0-10,8), respectivamente; observándose según el análisis multivariado asociaciones estadísticamente significativas para el deseo de morir con: sexo femenino (OR=3,05), cuánto le importa si hiciera algo que avergonzara a su familia (OR=2,61), reglas y castigos del hogar injustos (OR=2,89), apoyo del hermano(a) (OR=2,98), tener amigo confidente (OR=2,85), importancia de Dios en la vida (OR=0,23), trastorno de ansiedad generalizada (OR=6,91) y depresión mayor (OR=7,5). Con ello, concluyen que la prevalencia de deseos de morir fue alta, e invitan a poder evaluar las asociaciones identificadas en estudios posteriores.

La ideación suicida es más significativa cuando se presenta en un niño o adolescente, y para autores como Vigara (2019), existen indicadores suficientes para aseverar que este concepto es muy frecuente en la población joven y que incluso va en incremento, por este motivo, es necesario identificar factores de riesgo con una mirada de salud integral y biopsicosocial, entendiendo que los procesos de salud y enfermedad de las personas son dinámicos (Aburto, Díaz y López, 2017).

En conclusión, se puede decir que la ideación suicida, es una de las primeras manifestaciones conductuales del suicidio (Sánchez et. al, 2013), y que hace referencia a las cogniciones que van desde pensamientos fugaces sobre el no querer una vida, pasando por fantasías autodestructivas y llegando a planes explícitos y meditados para matarse (Goldney et. al, 1989 citado por Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004);

2.4.1 Factores asociados a la ideación suicida

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos (personales), sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, et al. 2009). Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio.

En el caso de los Factores Biológicos no fueron tomados en cuenta en esta investigación, ya que se busca explorar los Factores Contextuales y Personales, con el fin de darle una explicación a la Ideación Suicida en base al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner; sin embargo, no se descartarían para próximas investigaciones la relación con los aspectos biológicos, por lo que podría haber un mayor refuerzo en la explicación de la Ideación Suicida en Adolescentes Escolarizados.

2.4.1.1 Ideación suicida y factores personales

Los factores personales, o también llamados psicológicos, representan el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática, por consecuencia, siendo los elementos más estudiados en esta temática.

Las variables psicológicas se consideran como una descripción del comportamiento psicológico como organización funcional y no se preocupa en buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen. Por tal motivo, a continuación se realiza una breve descripción de las variables psicológicas asociadas a la ideación suicida, así como la reconceptualización en términos de campo de dichas variables.

Sintomatología depresiva

Diversas investigaciones reportan que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau, y. Lee, 2009; Garlow, S. et al. 2008; McLaren, y Challis, 2009; Sánchez-Sosa, et al 2010; Coffin, Álvarez & Marín, 2011), incluso, diversos investigadores plantean que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, et al, 2009; Ceballos-Ospino, Suarez-Colorado, Suescún-Arregocés, Gamarra-Vega, González & Sotelo-Manjarres, 2015).

Un ejemplo de esto es la investigación realizada por por Sánchez-Sosa et al. (2010) con población adolescente, encontraron mediante un análisis de modelamiento estructural que la sintomatología depresiva presenta una relación significativa, directa y positiva con la ideación suicida, señalándose como la variable que mejor predice la ideación suicida al constituirse como el factor con el coeficiente estructural más alto.

De acuerdo con el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2013)”, la depresión se puede definir como un estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza y/o la disminución de placer en la mayoría de las actividades durante el período mínimo de

dos semanas manifestado en lapsos de tiempo consistentes (American Psychiatric Association, 2013), se utiliza a menudo para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de decepciones (p. ej., crisis financieras, catástrofes naturales, enfermedades graves) o pérdidas (p. ej., el fallecimiento de un ser querido), sin embargo, los términos más adecuados para estos estados de ánimo son la desmoralización y la pena; en donde además, la sintomatología se relaciona estrechamente con otras manifestaciones secundarias como lo son la percepción de desesperanza, el llanto frecuente o la falta de interés en las actividades cotidianas del sujeto (Márquez, 2007); signos que de una u otra manera influyen en la aparición de pensamientos e ideas suicidas.

El estado de ánimo deprimido dura habitualmente días en lugar de semanas o meses, y los pensamientos suicidas y la pérdida prolongada de la funcionalidad son mucho menos probables. Sin embargo, los eventos y los factores de estrés que inducen la desmoralización y la pena también pueden precipitar un episodio depresivo mayor, particularmente en personas vulnerables (p. ej., aquellas con antecedentes o antecedentes familiares de depresión mayor).

Por ello, es necesario conocer la Sintomatología Depresiva, que el DSM-V (2013) lo clasifica de la siguiente forma:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido ó (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Coffin, Álvarez y Marín (2011) plantean que la depresión ocurre en las esferas psíquica, somática y conductual y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo de pertenencia. Esta concepción de la depresión como entidad causal propia de la tradición intelectualista en Psicología que, además de adoptar una postura unicausal enfatiza que lo psicológico es producto de entidades internas subjetivas. Sin embargo, una supuesta evolución del mentalismo argumenta que estas entidades internas son interactivas, lo que genera una doble función que por un lado son

independientes (como causa) pero a la vez dependientes (como elemento interactuante) de la relación social entre los individuos. Generando con esto una confusión conceptual respecto a este factor.

Desde una perspectiva de campo las emociones son consideradas como conductas complejas que tienen una base biológica y por lo mismo este tipo de conductas no son propias del ser humano como comúnmente se cree sino que también está presente en otros organismos. Sin embargo, en los humanos, estas conductas emocionales (alegría, tristeza, euforia, nostalgia, coraje, etc.) son en la mayoría de los casos conductas aprendidas, en el sentido de que su ocurrencia se da bajo condiciones complejas no naturales. Por ejemplo, el llanto de una persona por una lesión sufrida es una respuesta biológica, no aprendida, mientras que el llanto de la misma persona ante la separación de su pareja, es una conducta emocional aprendida, ambas respuestas aunque similares difieren, ya que la situación esta mediada por experiencias previas de aprendizaje.

Así, en base este concepto se debe considerar a la emoción como un comportamiento biológico-funcional producto de interacciones complejas con el medio ambiente físico y social. Por su parte, la depresión constituiría un comportamiento emocional disfuncional. De tal forma que una concepción de campo de la depresión se deberá centrar en el ámbito interactivo y no en supuestas características y/o propiedades, sobre todo cuando dichas propiedades son subjetivas e inespeciales.

2.4.1.2. Factores contextuales

Otro grupo de factores asociados a la ideación suicida tiene que ver con los diversos contextos sociales de interacción sobre todo cuando se trata de adolescentes como serían el contexto familiar y escolar. En este periodo de vida del ser humano, el entorno social se transforma, las amistades y el grupo de iguales adquieren una mayor relevancia, por lo que resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia y escuela) constituidos como los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un bagaje de experiencias personales y sociales saludables y positivas. Siendo la familia y la escuela los principales referentes de desarrollo para el adolescente, es prioritario el análisis de la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos en la ideación suicida.

Funcionamiento Familiar

Resulta innegable como la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando las relaciones entre padres e hijos adolescentes se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los adolescentes sean futuros ciudadanos responsables, de hecho, el aumento en la cohesión familiar es un factor de protección ante el intento suicida, por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas de ajuste en los adolescentes como, por ejemplo, problemas de autoestima y de satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así como la implicación en conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona; por lo que la influencia que tiene el grupo familiar sobre dicha conducta, es fundamental al momento de determinar si las relaciones familiares del sujeto son de riesgo o de protección en las conductas de los adolescentes (Forero, Siabato y Salamanca, 2017).

En otras palabras, los adolescentes que se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar son más probables que sean futuros ciudadanos responsables; por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas. Asimismo, El entorno familiar negativo, problema de salud mental en la familia y las relaciones interpersonales familiares tienen un rol protagónico en la salud mental de los niños y adolescentes (Rodríguez-Figueroa, 2008; en Mocosó, Rodríguez-Figueroa, Reyes-Pulliza, Colón, 2016).

Un ejemplo de esto, es lo expuesto por Musitu y Cava (2003), quienes determinaron mediante una investigación la gran importancia que el apoyo de los padres tiene para el ajuste del adolescente. Estos investigadores encontraron que en el caso del ánimo depresivo, éste es menor en los adolescentes que perciben mayor apoyo del padre y de la madre. El apoyo familiar se plantea de esta forma como, un importante recurso social para el adolescente cuya influencia en el bienestar puede ser tanto directa (saber que se cuenta con el apoyo de los padres durante esta transición y disponer de su ayuda) como indirecta (mediada por las estrategias de afrontamiento y la autoestima) (Musitu, et al., 2001).

En relación al contexto familiar, Lai y Shek (2009) en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong reportan correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar y la ideación suicida. Por su parte, Van Renen y Wild (2008) en un estudio comparativo

encontraron que el grupo que reporto ideación suicida también informo una menor comunicación y conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez-Amezcu, et al. (2010) concluyeron que los estudiantes que refirieron tener poco apoyo familiar tienen un 69% más posibilidad de presentar ideación suicida. Sánchez-Sosa et al. (2010) encontraron que a menor funcionamiento familiar, mayor sintomatología depresiva, lo que incrementa a su vez el riesgo de ideación suicida.

Así mismo, Tracey, Rowney, Pignatiello, Monga y Korczak (2018) argumentan ante la situación entre la Ideación Suicida y el Funcionamiento Familiar que buscan la viabilidad y aceptabilidad de una intervención de prevención del suicidio centrada en la familia y manualizada administrada en una clínica ambulatoria para jóvenes remitidos a urgencias. Su muestra se conformó por jóvenes (de 12 a 18 años) y los padres que acudieron al servicio de urgencias por SRB y fueron derivados a la clínica de Atención Psiquiátrica Urgente fueron elegibles para el programa QI, que consiste en sesiones individuales y familiares semanales impartidas durante un período de 6 semanas. El terapeuta abordó los síntomas y preocupaciones comunes de los jóvenes suicidas, las fuentes de conflicto dentro de la familia y las formas de mejorar la comunicación y garantizar la seguridad del paciente. Como resultados, 7 de los 10 pacientes completaron 5 semanas de la intervención. Mejora significativa tanto en la ideación suicida (SIQ-JR, $\bar{x} = -16.67$; $t(5) = 3.125$, $p = .026$) como en conductas de riesgo (HASS, $\bar{x} = -20.17$; $t(5) = 3.204$, $p = .024$) fueron observados. Los síntomas depresivos también disminuyeron (MFQ, $\bar{x} = -15.5$, $t(5) = 2.724$, $p = .042$). Los jóvenes y los cuidadores calificaron el programa de manera favorable. Tanto los pacientes como los cuidadores informaron con mayor frecuencia que la mejora de la comunicación familiar es un beneficio principal del programa.

Con todo esto, se puede visibilizar como el Funcionamiento Familiar juega un claro papel para que el adolescente pueda manejar sus emociones y que sienta el apoyo de los mismos miembros, dando una forma en que el sujeto pueda mantener relaciones estables y buscar auxilio en situaciones de riesgo.

Victimización escolar

La escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en el desarrollo y ajuste del adolescente ya que estos pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en la comunidad escolar, lo que implica, a su vez, una larga convivencia con iguales y profesores. Los iguales y profesores, como en el caso de la familia, pueden proporcionar oportunidades valiosas para el

aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales y el establecimiento de relaciones positivas, pero también pueden constituir un terreno fértil para el desarrollo de conductas desadaptativas. Desde esta perspectiva, Musitu y Cava (2003) conceptualizaron que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida.

Sánchez-Sosa, et al. (2010) encontró una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Por su parte, Perez-Amezcu, et al. (2010) refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno y Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación suicida. Sánchez- Sosa et al. (2011) estimaron un Modelo Explicativo Psicosocial de la Ideación Suicida en el que los problemas de integración escolar se relacionan directa y significativamente con la sintomatología depresiva y la victimización escolar y estas dos variables a su vez se asocian directa y significativamente a la ideación suicida. Lo cual ratifica el hecho de que la simple escolarización de los adolescentes no es un factor de protección, como comúnmente se cree. Sino que por el contrario, los problemas de integración escolar se constituyen como factores de riesgo de conductas desadaptativas en los adolescentes. Lo que implica que los sistemas educativos deberán centrarse en modelos centrados en el aprendizaje y el desarrollo integral de los educandos, dejando a un lado los métodos tradicionales basados en la instrucción y la enseñanza, que son promotores de criba y retraso académico, así como desintegración escolar.

Sin embargo, la victimización escolar se ha transportado con el cyberbullying, ya que las redes sociales han tomado mayor influencia para manifestar un disgusto hacia alguna persona. Asimismo, Salas, Levette, Redondo y Luzardo (2017) comentan que la prevalencia de víctimas escolares en línea y la ideación suicida en adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 17. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicide Ideation Inventory, PANSI) y la Escala de victimización a través del teléfono celular y de internet. Los resultados indicaron que los grados octavo y noveno presentan mayor presencia de víctimas de cyberbullying; respecto a la ideación suicida, los adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 14 años presentaron mayores puntajes, evidenciándose con ello que existe alta ideación suicida en el sexo femenino. Asimismo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y ser víctima de cyberbullying.

De acuerdo con Pearson (2007) las investigaciones en victimización han demostrado que diferentes situaciones (accidentes, catástrofes naturales, delitos) originan diversos procesos de victimización, que incluye todas aquellas condiciones, situaciones, factores o circunstancias (económicas, políticas, sociales, psicológicas, biológicas) que causan una interrupción en la vida de alguien y que dan lugar al sufrimiento.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

Participantes

La muestra se conformó por 908 estudiantes mexicanos de escolaridad media pertenecientes a instituciones educativas de Monterrey, Nuevo León y su área metropolitana. Los adolescentes de la muestra tenían edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, con una media de edad de _____. La muestra presenta porcentajes equivalentes en género con 417 hombres y 491 mujeres.

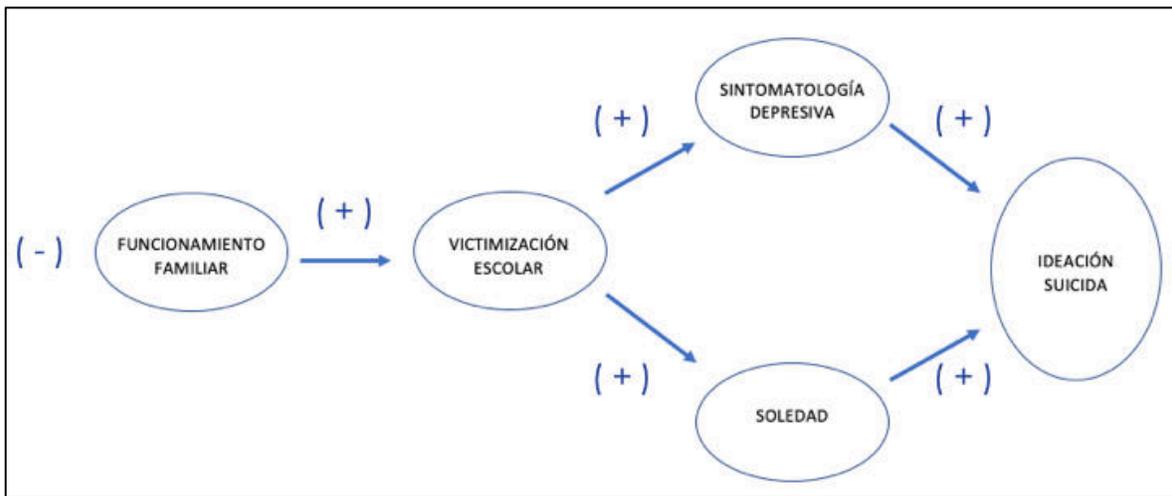


Figura 1. Modelo hipotético de ideación suicida

Instrumentos

Las variables relacionadas con la ideación suicida se aglutinaron en tres grupos: variables familiares, variables sociales y variables personales. Las variables familiares fue funcionamiento familiar, en variables sociales se utilizó la victimización en la escuela y las variables personales fueron sintomatología depresiva, percepción de soledad y la ideación suicida. Las escalas utilizadas se describen a continuación:

Cuestionario de Funcionamiento Familiar, APGAR Familiar, de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982). Esta escala fue adaptada al castellano por Bellon, Luna y Lardelli (1996). **Es una escala unifactorial** tipo likert de tres opciones de respuesta (casi nunca, a veces, casi siempre) que consta de 5 reactivos y proporciona un nivel general de funcionamiento familiar (por ejemplo, «¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema?», «¿Sientes que tu

familia te quiere?»). Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Su rango es por tanto de 5 a 15. Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. La escala original mostró una consistencia interna de $\alpha = 0.84$. Se obtuvo el mismo coeficiente en una muestra chilena (Caqueo y Lemos, 2008) En población mexicana Sanchez-Sosa (2009) la escala obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.79$. Este cuestionario se ha utilizado en diversos estudios, para la valoración familiar en casos de alcoholismo, sida, depresión y embarazos en adolescentes (Rangel, Valerio, Patiño y García, 2004). Para su codificación se estiman valores de > 11 como funcional y < 11 como disfuncional. **Todos los ítems están redactados en sentido positivo por lo que la puntuación de obtiene a través de la suma simple de los ítems.** No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años. En la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996) la fiabilidad test-retest fue de .75 y una consistencia interna de 0.84. El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9% de la varianza. En cuanto a la validez, en el trabajo original se obtuvo un alto grado de correlación (.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Índice. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve).

Escala de Victimización en la escuela. Este instrumento ha sido elaborado por el Equipo Lisis, a partir de la Escala Multidimensional de Victimización de Mynard y Joseph (2000) y el Cuestionario de Experiencias Sociales de Crick y Grotpeter (1996). Todos los ítems están redactados en una misma dirección. El instrumento cuenta con 22 ítems en donde los primeros 20 describen situaciones de victimización directa e indirecta de los iguales (10 ítems corresponden a victimización directa y 10 a victimización indirecta), con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca, 4 = muchas veces). En un estudio previo (Cava, Musitu, y Murgui, 2007) se realizó un análisis factorial con rotación oblimin que indicó una estructura de tres factores, victimización relacional, victimización física y victimización verbal, que explican en conjunto el 62.18% de varianza (49.26%, 7.05% y 5.87% respectivamente): Victimización relacional:(ítems 2 + 5 + 7 + 8 + 10 + 12 + 14 + 17 + 18 + 19) Victimización manifiesta física:(ítems 1 + 9 + 13 + 15) Victimización manifiesta verbal:(ítems 3 + 4 + 6 + 11 + 16 + 20) . Ítem 21: Permite conocer si la persona que contesta el cuestionario es victimizada reiteradamente por una persona o varias. Ítem 22: Permite conocer la frecuencia con la que ocurren las situaciones descritas en la escala. Fiabilidad: En estudios previos se ha observado una fiabilidad de las subescalas que oscila entre .75 y .91 según el alfa de Cronbach (Cava, Musitu y

Murgui, 2007; Cava, Buelga, Musitu y Murgui, 2010; Cava, Musitu, Buelga y Murgui, 2010; Estévez, Murgui y Musitu, 2009; Jiménez, Musitu, Ramos y Murgui, 2009). El alpha de Cronbach obtenido para estas subescalas en nuestra última investigación ha sido de .87, .67 y .89, respectivamente. Validez: Esta escala presenta correlaciones positivas con medidas de ansiedad, sintomatología depresiva, estrés percibido, sentimiento de soledad, comunicación familiar negativa y expectativas negativas del profesor (Cava, 2011; Crik y Grotper, 1996; Estévez, Musitu y Herrero, 2005a, 2005b; Herrero, Estévez y Musitu, 2006; Jiménez et al. 2009; Storch y Masia-Warner, 2004). Muestra correlaciones negativas con medidas de clima familiar, autoestima, satisfacción con la vida, estatus sociométrico y percepción positiva del alumno por el profesor (Cava, Musitu y Murgui, 2007; Cava, Buelga et al., 2010; Cava, Musitu et al., 2010; Estévez, Jiménez y Moreno, 2010; Estévez, Martínez y Musitu, 2006; Jiménez et al. 2009).

Escala de Sintomatología Depresiva. Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CESD). Autor Radloff (1977). Adaptación: Grupo LISIS. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Esta es una escala unifactorial conformada de 20 ítems, que puede ser aplicada en poblaciones de todas las edades a partir de los 18 años, aunque también puede utilizarse en edades inferiores siempre y cuando haya garantías de su comprensión. Codificación Ánimo Depresivo: ítem 1+2+3+4*+5+6+7+8*+9+10+11+12*+13+14+15+16*+17+18+19+20. La estimación de la escala se obtiene mediante la suma de todos los reactivos por que se tienen que invertir los valores de los reactivos redactados en sentido inverso (4,8,12,16). A mayor puntaje mayor ánimo depresivo. La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .92., y como validez se puede señalar que correlaciona negativamente con medidas de autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar y positivamente con el conflicto familiar, la percepción de estrés y los problemas de conducta y victimización en la escuela. En la literatura científica existe documentación abundante sobre su validez convergente con otras escalas que miden sintomatología depresiva.

Escala de Soledad. UCLA Loneliness Scale. Russel (1996). Adaptación Expósito y Moya (1993). Esta es una escala unifactorial que se conforma de 20 ítems, cuya codificación es la siguiente: (ítems 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) (ítems inversos 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20) Para obtener la puntuación se tienen que recodificar los ítems inversos. Fiabilidad: La escala presenta unos coeficientes de fiabilidad que oscilan entre .74 a .94 según la población a la que se aplique el cuestionario (Cramer y Barry, 1999; Ireland y Power, 2004; Russell, 1996) y la fiabilidad test retest en el periodo de un año es también satisfactoria y toma valores de entre .73 y .92 (Cramer y Barry, 1999). En cuanto a la adaptación española, Expósito y Moya (1999) informan de un coeficiente de

fiabilidad de .91. Validez: Esta escala correlaciona de manera significativa con apoyo social (Segrin, 2003) y extraversión.- introversión (Russell, 1996) y depresión, estilos atribucionales, conducta social, sentimientos de abandono, indefensión y aislamiento (Expósito y Moya, 1999). Además, también se relaciona negativamente con la cantidad de tiempo pasado con la familia y con los amigos (Segrin, 2003) y con bullying (Ireland y Power, 2004).

Escala de Ideación Suicida. Robert R. (1980). La Escala de Ideación Suicida, consta de cuatro reactivos definidos en un mismo sentido: “no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos sobre la muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta”, y “pensé en matarme”. Las opciones de respuesta permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 0= “0 días”; 1= “1-2 días”; 2= “3-4 días”, y 3= “5-7 días”; así, el rango teórico es de 0 a 12. La puntuación se obtiene mediante la suma simple de sus reactivos los cuales están definidos en una misma dirección. Se ha evaluado la consistencia interna de esta escala en adolescentes mexicanos, de tal modo que se han podido obtener coeficientes alpha de Cronbach satisfactoriamente altos. En la comunidad escolar se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de .83, y los cuatro reactivos quedaron agrupados en un factor que explicó 66.8% del total de la varianza (rotación varimax). En la muestra clínica, la consistencia fue de $\alpha = .92$; los cuatro reactivos quedaron agrupados también en un solo factor que explicó 81.2% de la varianza total (rotación varimax).

Procedimiento

Se aplicaron los cuestionarios de autoinforme en los diversos centros educativos seleccionados. En cada aula, se entregaron a cada alumno los cuestionarios correspondientes y se asignaron dos encuestadores para cada grupo. Se solicitó la colaboración voluntaria y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. Para evitar el efecto de fatiga y la posibilidad de obtener respuestas falseadas debido a la fatiga se administró la batería de instrumentos en dos momentos temporales dentro de la misma sesión de aplicación.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos de los datos se realizaron mediante los programas estadístico SPSS 22 y EQS 6.0. En el análisis de las variables el nivel de significación estadística se fijó en .05. Posteriormente, se realizó un análisis correlacional para determinar el grado de relación existente entre las variables de estudio para lo cual se empleó la correlación producto momento de Pearson. Finalmente, para examinar más de una relación entre variables al mismo tiempo y estimar si el efecto

en una variable viene determinado por la influencia de la combinación de la relación entre varias variables y proponer un modelo explicativo se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales (SEM). Para el contraste del SEM se contemplaron los siguientes índices de bondad de ajuste absoluto y medidas de ajuste incremental del modelo: Chi-cuadrado del modelo, error de aproximación medio cuadrático (RMSEA), índice normalizado de ajuste (NFI), índice no normalizado de ajuste (NNFI) o índice de Tucker-Lewis y el índice de ajuste comparativo (CFI).

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los análisis estadísticos que se realizaron a partir de la información proporcionada por los participantes, obtenida de los instrumentos aplicados y sus resultados, esto con la finalidad de responder a las hipótesis y objetivos planteados previamente en esta investigación.

A lo largo de este apartado, se presentan los resultados de los análisis de las relaciones de las variables individuales y contextuales en función de la influencia que tienen con el concepto de ideación suicida de los adolescentes que conforman la muestra de estudio.

Para este trabajo, se consideraron factores psicosociales como la sintomatología depresiva y la percepción de soledad en el rubro de las variables personales, por otro lado, las variables de funcionamiento familiar y victimización escolar fueron consideradas como variables contextuales.

Se analizó la normalidad para las variables objeto de estudio, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov en una distribución de contraste normal en la que de acuerdo a los resultados las variables se ajustan al criterio de normalidad.

Con el objetivo de determinar el grado de relación entre las variables de estudio, a continuación se presentan los análisis correlacionales correspondientes, así mismo, posteriormente se presentan los resultados obtenidos de un análisis multivariante que se realizó para analizar simultáneamente la relación entre variables. En lo que respecta a este estudio, específicamente se ha utilizado el modelo de ecuaciones estructurales.

Análisis de correlación

Con el fin de realizar un análisis detallado sobre las relaciones existentes entre la variable dependiente (Ideación suicida) y las variables personales y contextuales, se ha realizado un

análisis correlacional utilizando como prueba estadística paramétrica, el coeficiente de correlación de Pearson.

Correlaciones de la ideación suicida y variables personales) y variables contextuales

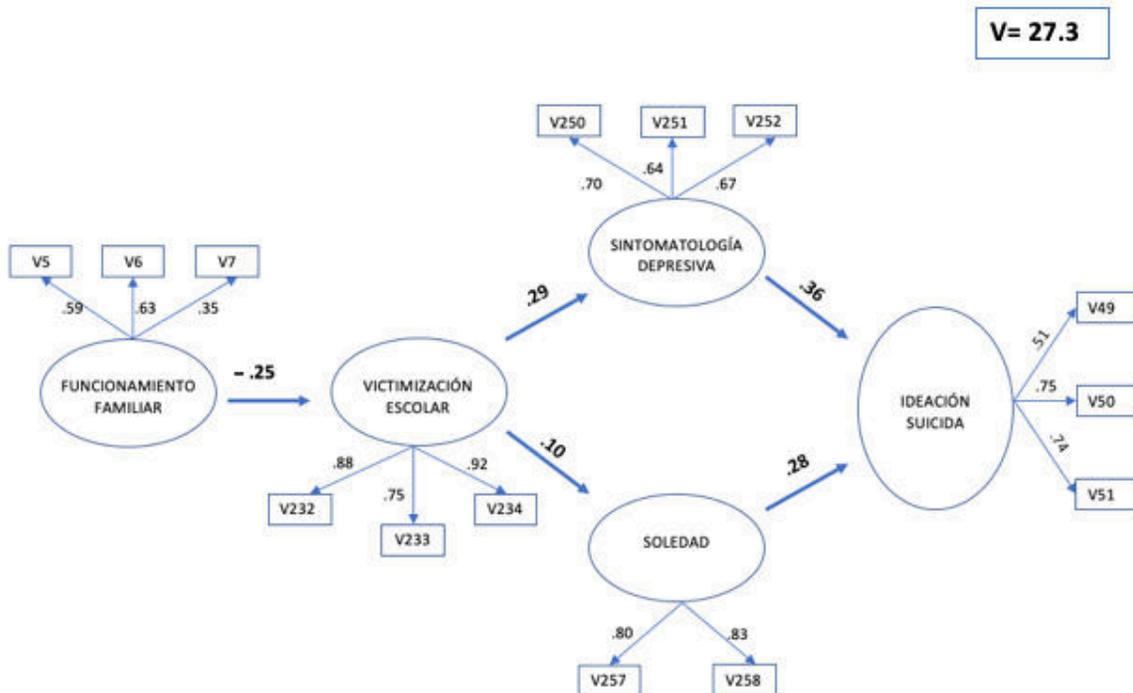
Atendiendo al primer objetivo específico del presente estudio se procedió a analizar las relaciones existentes entre la ideación suicida y las variables personales (sintomatología depresiva y soledad), así como las variables contextuales (funcionamiento familiar y victimización escolar).

	ISU	SD	SOL	SVIOLESC	FF
ISU	1				
SD	.595**	1			
SOL	.476**	.634**	1		
SVIOLESC	.248**	.254**	.222**	1	
FF	-.354**	-.391**	-.421**	-.217**	1

Los resultados obtenidos muestran correlaciones significativas entre la variable dependiente ideación suicida (ISU) con los factores generales de las escalas de variables personales y también de las variables contextuales. Se puede observar que las relaciones más fuertes de correlación se encuentran con los factores personales, primeramente con la sintomatología depresiva (SD) ($r^0 = .595$) y posteriormente con la percepción de soledad (SOL) ($r^0 = .476$), por otro lado, en cuanto a las variables contextuales, se reportó una relación directa y significativa entre la victimización escolar (SVIOLESC) ($r^0 = .248$) y finalmente una correlación significativa pero negativa con el funcionamiento familiar (FF) ($r^0 = -.354$).

Modelo de ecuaciones estructurales

En este apartado se da respuesta tanto al objetivo general de la investigación, así como al primer objetivo específico. En base a los antecedentes recabados y a los planteamientos teóricos contemplados, se especificó un modelo explicativo de efectos directos e indirectos para predecir la ideación suicida en adolescentes, integrando variables contextuales y personales.



Se calculó el modelo de ecuaciones estructurales con el programa EQS 6.0. (Bentler, 1995). El método de estimación utilizado fue el de Máxima Verosimilitud (ML). Para evaluar el ajuste global del modelo se emplearon los índices de Chi-cuadrado del modelo (X^2), Índice Normalizado de Ajuste (NFI) y Error de Aproximación Medio Cuadrático (RMSEA). Para los índices de ajuste comparativo se utilizó el Índice de Ajuste No Normalizado (NNFI) y el índice de Ajuste Comprobatorio (CFI).

Los resultados obtenidos de este modelo de cinco variables latentes explican el 27.3% de la varianza y presenta un buen ajuste a los datos en cuatro de los cinco índices de ajuste considerados: Para el Índice Normalizado de Ajuste, Índice de Ajuste No Normalizado y el índice de Ajuste Comprobatorio (NFI= .90, NNFI= .92, CFI= .93), los valores obtenidos son mayores o igual a .90. En un nivel de ajuste adecuado, también aparece el Error de Aproximación Medio Cuadrático (RMSEA= .04). Finalmente, el índice de Chi-cuadrado del modelo ($X^2(166) = 449.22$; $p=.000$) resultó no ser significativa, cabe mencionar que el valor de X^2 es atribuible al tamaño grande de la muestra.

En base a la teoría y los datos empíricos, el modelo diseñado quedó conformado por 5 factores de la siguiente forma:

Factor 1: Este factor hace referencia a un aspecto contextual y se compone por la variable latente de Funcionamiento Familiar y tres variables observables, con cargas factoriales de .59, .63, .35 que corresponden a 3 de los 5 ítems que conforman la escala APGAR (Smilkstein, Ashworth, & Montano, 1982).

Factor 2: La segunda variable latente corresponde a la victimización escolar, la cual surge de la combinación de tres factores pertenecientes a la escala de victimización en la escuela, elaborada por el grupo LISIS (2007); tomando en cuenta tres variables observables con cargas factoriales de .88, .75 y .92, correspondientes a 3 de los 22 ítems de la escala.

Factor 3: La variable latente sintomatología depresiva hace referencia a las particiones de tres factores pertenecientes a la escala CES-D (Radloff, 1977) las cuales obtuvieron los siguientes pesos factoriales: .70, .64 y .67.

Factor 4: La variable latente soledad, hace referencia a dos variables observadas conformadas por 2 ítems de la escala *UCLA Loneliness Scale* (Russel (1996), los cuales obtuvieron pesos factoriales de .80 y .83.

Factor 5: Este factor hace referencia a la variable latente ideación suicida (Robert, 1980), compuesta por 4 ítems de los cuales se obtuvieron las cargas factoriales de 3 de ellos, siendo los siguientes: .51, .75 y .74.

De esta manera se puede observar que los resultados obtenidos de este modelo conformado por cinco variables latentes, explican el 27.3% de la varianza, presentando un buen ajuste a los datos de cuatro de los cinco índices de ajuste considerados: Para el Índice Normalizado de Ajuste (NFI= .90), el Índice de Ajuste No Normalizado (NFFI= .92) y el índice de Ajuste Comprobatorio (CFI= .94), los valores obtenidos son mayores o igual a .90; por su parte, en un nivel de ajuste adecuado, también aparece el Error de Aproximación Medio Cuadrático (RMSEA= .05).

Tabla . Bondad de Ajuste del Modelo Explicativo de Conducta Violenta Escolar Relacional

Índices de ajuste	Valores adecuados	Modelo Explicativo
Índice Normalizado de Ajuste (NFI)	≥.90	.90
Índice de Ajuste No Normalizado (NFFI)	≥.90	.92
Índice de Ajuste Comprobatorio (CFI)	≥.90	.94
Error de Aproximación Medio Cuadrático (RMSEA)	≤.05	.05

Los resultados confirman una influencia indirecta de las dos variables contextuales del modelo con nuestro objeto de estudio, es decir, que tanto el Funcionamiento Familiar (FF) y la Victimización Escolar (VE) tienen un efecto indirecto en la Ideación Suicida (IS), explicada a través de los factores personales propuestos que son la Sintomatología Depresiva (SD) y la percepción de Soledad (S), incidiendo directamente en la IS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado se analizan teóricamente los resultados obtenidos, se presentan las hipótesis planteadas junto con un análisis comparativo para contrastar los hallazgos que se derivan de los resultados de este trabajo y los reportados por otras investigaciones sobre la ideación suicida en adolescentes.

En la presente investigación se ha mostrado la importancia de considerar diferentes áreas relevantes para el desarrollo de ideación suicida en los adolescentes escolarizados. Para esto, se ha analizado la influencia de factores personales y contextuales sobre este fenómeno.

Las hipótesis planteadas en este trabajo hacen referencia a las relaciones entre las variables consideradas para el modelo estructural, establecidas mediante diversos efectos directos e indirectos entre ellas.

Los resultados obtenidos confirman dichas hipótesis, mismas que abordaremos a continuación.

Hipótesis 1. *Un inadecuado funcionamiento familiar incide directamente en el aumento de la victimización escolar.*

La primera hipótesis plantea que los adolescentes que se desarrollan bajo un inadecuado funcionamiento familiar, reportan mayor presencia de victimización escolar, siendo esta situación un factor que vulnera al adolescente para que se generen otras situaciones de riesgo que a la postre culminan en la ideación suicida.

A la luz de los resultados obtenidos en esta investigación, esta primera hipótesis se confirma y valida lo expuesto en otros estudios, en donde se afirma que un bajo funcionamiento familiar se relaciona de manera indirecta con la victimización escolar a través de factores intermediarios (Castañeda, Fadda, Ochoa & Jerónimo, 2019), sumado a esto, existe evidencia que indica que los ambientes familiares caracterizados por una desintegración o falta de bienestar, influyen determinantemente en las conductas violentas dentro de los ambientes escolares, familiar (Villalba & Almeida-Monge, 2018). En este orden de ideas, Varela, Ávila, & Martínez, (2013) señalan que los adolescentes con mayor participación en la violencia escolar tienden a percibir una menor cohesión familiar y mayores niveles de conflicto familiar, por lo que al igual que Perry & Price (2017), se

concluye que el contexto familiar funciona como una variable predictiva frente a la participación de los jóvenes en la conducta violenta dentro del contexto escolar.

Por lo que se refuerzan los hallazgos obtenidos en otros estudios, en donde se postula que la calidad de la comunicación y de las relaciones de los adolescentes con sus padres favorece al desarrollo de un clima familiar positivo, lo que por consecuencia, actúa como un efecto protector sobre el bienestar y la salud de los adolescentes contra los principales factores de riesgos para su implicación en conductas violentas brindando un estilo de socialización emocionalmente adecuado (Buelga, Martínez-Ferrer, & Musitu, 2016; Estefanía Estévez et al., 2016; Stafford, Kuh, Gale, Mishra, & Richards, 2016).

Hipótesis 2. *A mayor victimización escolar, aumenta la sintomatología depresiva y la percepción de soledad, lo que marca una relación directa de estas dos últimas variables con la ideación suicida.*

En cuanto a la segunda hipótesis planteada en esta investigación, es de señalar que los resultados concuerdan con los datos obtenidos de otros estudios, en donde las víctimas de acoso escolar muestran una mayor tendencia a presentar rasgos relacionados con la sintomatología depresiva, quienes incluso, en ocasiones pueden llegar a fingir enfermedades o realmente provocarlas, resultado del estrés que esta victimización les provoca (Carrascosa, Buelga, Cava, & Ortega, 2016), datos que son corroborados por estudios realizados por Sánchez (2016), quien en esta misma línea, encontró que el ser víctima de violencia escolar es una variable preponderante en la aparición de signos psicosomáticos y depresión. Por su parte, autores como Polo, León, Gómez, Palacios, & Fajardo (2013) sostienen que estos síntomas no son exclusivos de la víctima, si no que todos los actores involucrados en escenarios de violencia escolar como lo son los agresores y testigos, pueden llegar a generar cuadros depresivos que afectan la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila, G., Díaz, J., Díaz, P. (2017). Adolescencia Temprana y Parentalidad. Fundamentos Teóricos y Metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *Medisur*, 15(5), 694-700.
- Aburto, C., Díaz, K., López, P. (2017). Ideación Suicida en Adolescentes del Área Rural: Estilo de Crianza y Bienestar Psicológico. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15(12), 50-61. doi: 10.18270/rce.v15i12.2136
- American Psychological Association. (2020). Suicide. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/suicide>
- Alsaker, F. D. y Kroger, J. (2003, in press). Autoconcepto, autoestima e identidad. *Adolescence: TheEuropeanPerspective*. Brussels Psychology Press, In Press.
- Bachman, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective [Epidemiología del suicidio y perspectiva psiquiátrica] *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425-1448 doi: 10.3390/ijerph15071425
- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Reyes, L., Trejos, A., Uribe, J., García, C. (2018). Prácticas Parentales como Predictoras de la Ideación Suicida en Adolescentes Colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61. doi: 10.17081/psico.21.39.2821
- Banco Mundial. Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100,000 habitantes). Recuperado de: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?name_desc=false
- Bazán-López, J., Olórtégui-Malaver, V., Vargas-Murga, H., Huananay-Falconí, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 3-15.
- Birtwistle, S., Ashcroft, G., Murphy, R., Gee, M., Poole, H., Watson, P. (2019). Factors influencing patient uptake of an exercise referral scheme: a qualitative study [Factores que influyen en la aceptación del paciente de un esquema de derivación de ejercicios: un estudio cualitativo] *Health Education Research*, 34(1), 113-127. doi: 10.1093/her/cyy038
- Blanco, J. (2013). Modelos Ecológicos: Descripción, Explicación y Predicción. *Ecosistemas*. 22(3), 1-5. doi: 10.7818/ECOS.2013.22-3.01
- Boergers, J., Spirito, A., Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning [Razones de los intentos de suicidio en adolescentes: asociaciones con el funcionamiento psicológico] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293. doi: 10.1097/00004583-199812000-00012
- Borowsky, I., Taliaferro, L., & McMorris, B. (2013). Suicidal Thinking and Behavior Among Youth Involved in Verbal and Social Bullying: Risk and Protective Factors [Pensamiento y

- comportamiento suicida entre los jóvenes involucrados en el acoso verbal y social: Factores de riesgo y protección] *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S4-S12. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.10.280
- Bostwick, J., Pabbati, C., Geske, J., McKean, A. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew [Intento de suicidio como factor de riesgo de suicidio consumado: incluso más letal de lo que sabíamos] *The American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
- Bravo-Andrade, H., Ruvalcaba-Romero, N., Orozco-Solis, M., Macías-Espinoza, F. (2020). Factores Individuales que protegen o favorecen el Riesgo de Suicidio Adolescente: Estudio Cualitativo con Grupos Focales. *Duazary*, 17(1), 36-48. doi: 10.21676/2389783X.3220
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La Ecología del Desarrollo Humano: Cognición y Desarrollo Humano*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Ed. Paidós
- Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Cantoral, D. & Betancourt, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8(19), 59-66.
- Cañón, S & Carmona, J. (2018). Ideación y Conductas Suicidas en Adolescentes y Jóvenes. *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 20(80), 387-395.
- Ceballos-Ospino, G., Suárez-Colorado, Y., Campos-Arias, A. (2019). Asociación entre Matoneo Escolar, Síntomas Depresivos e Ideación Suicida. *CES Psicología*, 12(3), 91-104. doi: 10.21615/cesp.12.3.7
- Cerda, P. (2006). El Suicidio en Nuevo León, Un Perfil Psicosocial. *Ciencia UANL*, 9(2), 116-121.
- Chang, E., Chang, O., Lucas, A., Li, M., Beavan, C., Eisner, R...Hirsch, J. (2019). Depression, Loneliness, and Suicide Risk among Latino College Students: A Test of a Psychosocial Interaction Model [Depresión, soledad y riesgo de suicidio entre estudiantes universitarios latinos: una prueba de un modelo de interacción psicosocial] *Social Work*, 64(1), 51-60. doi: 10.1093/sw/swy052
- Chávez-Hernández, A., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D., Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(6), 43-50. doi: 10.15174/au.2015.786
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. y Che, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and*

- development [Factores de protección relacionados con la disminución del riesgo de conducta suicida en adolescentes] *Child Care Health Development*, 35(3), 313-22. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x
- Christensen, J. (2016). A Critical Reflection Of Bronfenbrenner'S Development Ecology Model [Un Reflejo Crítico De Desarrollo Del Bronfenbrenner Modelo Ecológico] *Problems of Education in the 21st Century*, 69(4), 22-28.
- Coffin, N., Alvarez, M. y Marín, A. (2011). Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la FESI: Un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341- 354.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata. continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 928-940.
- Cortés, M. (2004). La Herencia de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner. *Red de Información Educativa*, 14(33), 51-65.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos Epidemiológicos del Suicidio en Adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(2), 72-77.
- Daray, F., Grendas, L., Rebok, F. (2016). Cambios en la Conceptualización de la Conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 205-211. doi: 10.31053/1853.0605.v73.n3.12457
- De Jalón, E. (2009). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 87-96. doi: 10.23938/ASSN.0844
- Dold, M., Bartova, L., Fugger, G., Kautzky, A., Souery, D... Kasper, S. (2018). Major Depression and the Degree of Suicidality: Results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD) [Depresión mayor y grado de suicidio: resultados del Grupo Europeo para el Estudio de la Depresión Resistente (GSRD)] *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(6), 539-549. doi: /10.1093/ijnp/pyy009
- Duarté, Y., Lorenzo-Luaces, L., Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto-concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 1-17.
- Dumon, E., Franx, G, Roskar, S. (2020). Suicide Prevention: New insights? [Prevención del Suicidio: ¿nuevas ideas?] *European Journal of Public Health*, 30(5), 447. doi: 10.1093/eurpub/ckaa165.1214
- Durkheim, E. (2016). El Suicidio. Un Estudio de Sociología. (Reimpresión). Ed. Titivillus: Zaragoza, España.
- Durkheim, E. (1960). The Divison of the Labor Society. The Free Press of Glencoe, Illinois. Fourth Printing: US.

- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126.
- Eichorn, D. H. (1975). Asynchronizations in Adolescent Development. In S. E. Dragastin & G. H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle: Psychological change and social context*. Hemisphere.
- Eguiluz L. (1995). Estudio Exploratorio de la Ideación Suicida entre los Jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM; 121-130.
- Epp, A. (2018). Das Ökosystemische Entwicklungsmodell als theoretisches Sensibilisierungs- und Betrachtungsraaster für empirische Phänomene [Modelo de desarrollo del ecosistema como estudio teórico de sensibilización y visualización de fenómenos empíricos] *FORUM: Qualitative Sozialforschung*, 19(1), 3-21. doi: 10.17169/fqs-19.1.2725.
- Espinoza, G. & Carpio, L. (2015). Modelo dinámico ecológico de desarrollo humano de la deserción escolar en Aymaraes, Apuríma. *Revista IIPSI*, 18(2), 115-138.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Enesco, C., Ortuño-Sierra, J...Pérez-Albéniz, A. (2020). Conducta Suicida en Adolescentes: Un Análisis de Redes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*,
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio, R., Ortuño-Sierra, J...de Albéniz, I. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004
- Forero, I., Siabato, E., Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442. doi: 10.11600/1692715x.1512729042016
- Frías-Armenta, M. (2006). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Brasil: Red Estudios de Psicología: 16 – 17.
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A., Díaz-Méndez, S. (2003). Predictores de la Conducta Antisocial Juvenil: Un Modelo Ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24. doi: 10.1590/S1413-294X2003000100003
- Gaete, V. (2015). Desarrollo Psicosocial del Adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. doi: 10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Garaigordobil, M. & Machimbarrena, J. (2019). La victimización y perpetración de acoso/ciberacoso escolar: su relación con los problemas emocionales y de comportamiento y con el estrés infantil. *Psychosocial Intervention*, 28(2), 67-73. doi: 10.5093/pi2019a3

- García, G., Ocaña, J., Cruz, O., Hernández, S., Pérez, C., Cabrera, M. (2018). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología de presi-va en adolescentes de Chiapas, México. *Ciencia & Salud Colectiva*, 23(4), 1089-1096. doi: 10.1590/1413-81232018234.14492016.
- Garduño, R., Gómez, K. & Peña, A. (2011). Suicidio en adolescentes (Tesis de pregrado). Asociación mexicana de Tanatología. México.
- Geoffroy, M., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, D., Vitaro, F...Côté, S. (2016). Associations Between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt During Adolescence: Results From a Prospective Population-Based Birth Cohort [Asociaciones entre la victimización por pares y la ideación suicida y el intento de suicidio durante la adolescencia: resultados de una cohorte de nacimiento prospectiva basada en la población] *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(2), 99-105. doi: 10.1016/j.jaac.2015.11.010
- Gómez, A., Núñez, C., Agudelo, M., Grisales, A. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 54(1), 147-163. doi: 10.21865/RIDEP54.1.12
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y Familia: Revisión de la Relación y la Comunicación como Factores de Riesgo o Protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122.
- Guadarrama, R., Carrillo, S., Márquez, O., Hernández, J., Veytia, M. (2014). Insatisfacción Corporal e Ideación Suicida en Adolescentes Estudiantes del Estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 98-106.
- Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M., Hidalgo, M. (2017). Pubertad y Adolescencia. • *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. Nueva York: GuilfordPress.
- Hidalgo, M & González-Fierro, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, Psicológicos y Sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42-46. doi: 10.1016/S1696-2818(14)70167-2
- Hinduja, S & Patchin, J. (2010). Bullying, Cyberbullying, and Suicide [Bullying, Cyberbullying y Suicidio] *Archive Suicide Research*, 14(3), 206-221. doi: 10.1080/13811118.2010.494133
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del Adolescente, Aspectos Físicos, Psicológicos y Sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Estadísticas de mortalidad, 2016. Base de datos. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6200240338&ag=00#divFV6200240338>.
- Juárez. M. (2002). La patología de la adolescencia: Reflejo de la sociedad actual. Kn Melgoza. M.E. (Coord.). Adolescencia: Espejo de la sociedad actual (pp. 29-42). Argentina: Lumen.
- Klonsky, E., May, A., Saffer, B. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation [Suicidio, intentos de suicidio e ideación suicida] *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(4), 307-330. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Koops, W. (1996). Historical Developmental Psychology Of adolescence. En L. Verhofstadt-Denève, Y. Kienhorst y C. Braet (eds.), *Conflict and development in adolescence*, Leiden University: DSWO Press. (pp. 1-12).
- Lehalle, H. (1995). *Psychologie des Adolescents*. Presses Universitaires de France. Paris.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Apter, A. (2019). Editorial: The Psychology of Suicide: From Research Understandings to Intervention and Treatment [Editorial: La Psicología del Suicidio: De la Comprensión de la Investigación a la Intervención y el Tratamiento] *Frontiers Psychiatry*, 10(214), 1-4. doi: 10.3389/fpsy.2019.00214
- LeFevre, M. (2014). Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [Detección de riesgo de suicidio en adolescentes, adultos y adultos mayores en atención primaria: declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.] *Annals of Internal Medicine*, 160(10), 719-726. doi: 10.7326/M14-0589.
- Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Última Década*, 40(1), 11-36.
- Mandara, J. (2003). The typological approach in child and family psychology: A review of theory, methods, and research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 129- 146.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V] (2013). Trastornos Depresivos. Ed. American Psychiatry Association
- Margarit, A., Martínez, L., Martínez, A., Sainz V., Picouto, M., Villar, F., Luaces, C. (2016). Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *Anales de Pediatría*, 85(1), 13-17. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.04.022
- Márquez, D. J. (2007). *Perspectiva Biofísica, Neurofísica Cuántica Molecular del suicidio. El suicidio y su prevención*: Academia Nacional de Medicina. Primera Edición. Bogotá.
- Márquez, M. (2004). Relaciones Padres-Hijos y Estilos de Vida en la Adolescencia. *Psicothema*, 16, (2), 203-210.

- Martin, J., LaCroix, J., Novak, L., Ghahramanlou-Holloway, M. (2019). Typologies of Suicide: A Critical Literature Review [Tipologías de suicidio: una revisión de la literatura crítica] *Archives of Suicide Research*, 24(1), 25-40. doi: 10.1080/13811118.2018.1564100
- Martínez, L., Vianchá, M., Pérez, M., Avendaño, B. (2017). Asociación entre Conducta Suicida y Síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 189-199. doi: 10.14718/ACP.2017.20.2.9
- Messias, E., Kindrick, K., & Castro, J. (2014). School Bullying, Cyberbullying, or both: Correlates of Teen Suicidality in the 2011 CDC youth risk behavior survey [Acoso escolar, acoso cibernético o ambos: correlatos del suicidio de adolescentes en la Encuesta de comportamiento de riesgo juvenil de los CDC de 2011] *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1063–1068. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.02.005
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). Adolescencia: Manual Clínico. Ed. Organización Panamericana de Salud: Asunción. Paraguay (pp. 30-35).
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R., Abril, E. (2009). Ideación Suicida en Población Escolarizada Infantil: Factores Psicológicos Asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502.
- Mocoso, M., Rodríguez-Figueroa, L., Reyes-Pulliza, J., Colón, H. (2016). Adolescentes de Puerto Rico: Una Mirada a su Salud Mental y su Asociación con el Entorno Familiar y Escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(2), 320-332.
- Moro, G., Bert, F., Corradi, A., Gualano, S., Leombruni, P., Siliquini, R. (2020). Depression, Suicidal Ideation and Stress among Italian medical students: PRIMES Multicentre Study [Depresión, ideación suicida y estrés entre estudiantes de medicina italianos: estudio multicéntrico PRIMES] *European Journal of Public Health*, 30(5), 302. doi: 10.1093/eurpub/ckaa165.821
- Musitu, G & Evaristo, J. (2017). El Modelo de Estrés Familiar en la Adolescencia: MEFAD. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 11-19.
- Musitu, G., Jiménez, T. y Estévez, E. (2009). Relaciones Familiares y Ajuste en el Adolescente. Madrid: Instituto Acción Familiar
- Musitu, G., y Cava, M. (2003). El Rol del Apoyo Social en el Ajuste de los Adolescentes. *Intervención psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Narváez-Sánchez, Y., Hernández-Suárez, M., Vázquez-Hernández, M., Miranda de la Cruz, A., Magaña, L. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de Educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 23(1), 28-33.
- Núñez, D., Campos, S., Spencer, R., Faúndez, M., Fresno, A., Bravo, P. (2020). Bidirectional Influences Between Psychotic Experiences and Suicidal Ideation in Chilean Adolescents: The Role Of Depressive Symptoms as Mediators [Influencias Bidireccionales Entre Experiencias

- Psicóticas e Ideación Suicida en Adolescentes Chilenos: El Papel de los Síntomas Depresivos como Mediadores] *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 144-145. doi: 10.1093/schbul/sbaa030.340
- O'Connor, R. & Nock, M. (2014). The Psychology of Suicidal Behaviour [La Psicología del Comportamiento Suicida] *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- O'Connor E, Gaynes B, Burda BU, Williams C, Whitlock E. (2013). Screening for suicide risk in primary care: a systematic evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Detección del riesgo de suicidio en la atención primaria: una revisión sistemática de la evidencia para el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.] *Agency for Healthcare Research and Quality*, 13(103), 51-88.
- Office of Population Affairs. (2018). Adolescent Development Explained. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Adolescent Health, Adolescent Development Explained. Government Printing Office Washington, D.C: U.S (pp, 3-7).
- Olivares, E & Incháustegui, T. (2011). Modelo Ecológico para una Vida Libre de Violencia. Ed. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres: México. (pp. 28-32).
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2014). Suicides, OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics, *OECD Publishing*. doi: 10.1787/factbook-2014-99-en
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Suicidio. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Médicos Generalistas, Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Özdemir, A., Utkualp, N., Pallos, A. (2016). Physical and Psychosocial Effects of the Changes in Adolescence Period [Efectos físicos y psicosociales de los cambios en la adolescencia] *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 717-723.
- Palmonari, A., Pombeni, M., Kirchler, E. (1989). Peergroups and evolution of the self-system in adolescence [Grupos de pares y evolución del autosistema en la adolescencia] *European Journal of Psychology of Education*, 4(1), 3-15.
- Palomo, K., Zamora, P., Denis, P., Denis, E., Melo, G. (2020). Ideación suicida en estudiantes universitarios del área de ciencias de la salud. *Revista Mexicana de Medicina Forense*, 5(1), 41-44.

- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., Vera, P. (2009). Factores de Riesgo Familiares Asociados a la Conducta Suicida en Adolescentes con Trastorno Depresivo. *Revista Médica Chilena*, 137(2), 226-233. doi: 10.4067/S0034-98872009000200006
- Pereira, M. & Galaz, M. (2014). Estrés, Respuestas de Afrontamiento e Ideación Suicida en Adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230. doi: 10.25009/pys.v15i2.806
- Perino, M., Miernicki, M., Telzer, E. (2016). Letting the Good Times Roll: Adolescence as a Period of Reduced Inhibition To Appetitive Social Cues [Dejar pasar los buenos tiempos: la adolescencia como un período de inhibición reducida a las señales sociales del apetito] *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(11), 1762-1771. doi: /10.1093/scan/nsw096
- Pérez, S. (1999). El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Revista Cubana de Medicina General*, 15(2), 196-217.
- Perry, K. J., & Price, J. (2017). The Role of Placement History and Current Family Environment in Children's Aggression in Foster Care. *Journal of child and family studies*, 26(4), 1135–1150. Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29551877>
- Peyre, H., Hoertel, N., Stordeur, C., Lebeau, G., Blanco, C... Delorme, R. (2017). Contributing Factors and Mental Health Outcomes of First Suicide Attempt During Childhood and Adolescence: Results From a Nationally Representative Study [Factores contribuyentes y resultados de salud mental del primer intento de suicidio durante la niñez y la adolescencia: resultados de un estudio representativo a nivel nacional] *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), 22-30. doi: 10.4088/JCP.16m10876
- Prada, M., Baquero, L., Pinzón, M., Prieto, B. (2017). Intento e Ideación Suicida y su Asociación con el Abuso Sexual en Adolescentes Escolarizados de Boyacá, Colombia. *Diversitas*, 13(1), 91-101. doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0001.07
- Rivera, M., & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, (2), 23-40.
- Riverón, L., Velázquez, R., Borrero, O., Fonseca, M. (2016). Factores de Riesgo, Síntomas y Conducta ante Adolescentes con Intentos Suicidas. *Revista 16 de abril*, 55(262), 18-24.
- Rodríguez, L. (2011). Hacia una comprensión contemporánea del abuso sexual infantil: un diálogo necesario entre la psicología y el derecho. *Cultura, Educación y Sociedad*, 2(1), 149-162. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/220807992/compreesion-contemporanea-ABUSEX#scribd>

- Rodríguez, J. & Oduber, J. (2015). Ideación Suicida y Grupo de Iguales: Análisis en una muestra de Adolescentes Venezolanos. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1129-1140. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-3.isgi
- Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M., Segal, N. (1999). Genetics of Suicide in Depression [Genética del suicidio en la depresión] *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 12-20.
- Rubikas, I. (2020). Mental Health Policy Issues and Development in Lithuania [Cuestiones de política de salud mental y desarrollo en Lituania] *European Journal of Public Health*, 30(5), 352-353. doi: 10.1093/eurpub/ckaa165.957
- Rutter, M. (1994b). Continuities, transitions and turning points in development. En M. Rutter y D. Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* (pp. 1-25). Oxford: BlackwellScientific.
- Sahli, J., Mannai, J., Zedini, C., Liman, M., Merzougui, L., Ajmi, T., Mtiraoui, U., Melloulli, M., Ghardallou, M. (2019). Suicidal ideation among Tunisian adolescents and the association with adverse life experiences [La ideación suicida entre los adolescentes tunecinos y la asociación con experiencias de vida adversas] *European Journal of Public Health*, 29(4), 187. doi: 10.1093/eurpub/ckz187.038
- Salas, M., Levette, M., Redondo, J., Luzardo, M. (2017). Ideación suicida en adolescentes víctimas de cyberbullying del instituto empresarial Gabriela Mistral de Floridablanca (Santander). *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 51(80), 81-97.
- Salinas-Quiroz, F., Cambón, M., Silva, P. (2015). Aportes Ecológico-Interactivos a la Psicología Educativa. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(1), 26-37.
- Salvo, L. & Castro, A. (2013). Soledad, Impulsividad, Consumo de Alcohol y su relación con Suicidalidad en Adolescentes. *Revista Médica Chilena*, 141(23), 428-434.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal, M y Musitu, G. (2013). Ideación suicida. En G. Musitu (Coord.), *Adolescencia y Familia: Nuevos retos en el siglo XXI* (pp.273-290). México Trillas. ISBN: 978-607-17-1638-5.
- Santisteban, T. (2014). Adolescencia: Definición, Vulnerabilidad y Oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 5-7.
- Sarmiento, S. & Aguilar, J. (2011). Predictores Familiares y Personales de la Ideación Suicida en Adolescentes. *Revista Psicología y Salud*, 21(1), 25-30. doi: 10.25009/pys.v21i1.583

- Seifert, A. (2011). Resilienzförderung an der Schule. Eine Studie zu Service-Learning mit Schülern aus Risikolagen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents [Suicidio e Intentos Suicidas en Adolescentes] *Pediatrics*, 138(1), 2-11. doi: 10.1542/peds.2016-1420
- Steele, I., Thrower, N., Noroian, P., Saleh, M. (2018). Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management [Comprensión del suicidio a lo largo de la vida: una perspectiva estadounidense de los factores de riesgo de suicidio, la evaluación y la gestión] *Journal of Forensic Sciences*, 63(1), 162-171. doi: 10.1111/1556-4029.13519
- Suck, E. Van Mill, J., Vermeiren, R., Ruchkin V., Schwab-Stone, M., Doreleijers, T. & Deboutte, D. (2009). Adolescent Suicidal Ideation: A Comparison of Incarcerated And School-Based Samples [Ideación suicida adolescente: una comparación de muestras encarceladas y escolares] *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 377-383. doi: 10.007/s00787-009-0740-1
- Thompson, M & Swartout, K. (2017). Epidemiology of Suicide Attempts among Youth Transitioning to Adulthood [Epidemiología de los intentos de suicidio entre los jóvenes en transición a la edad adulta] *Empirical Research*, 47(4), 807-817.
- Toldos, M. (2002). Adolescencia, Violencia y Género. (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología
- Toro, R., Avendaño, B., Castrillón, D. (2016). Design and Psychometric Analysis of the Hopelessness and Suicide Ideation Inventory "IDIS". *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 52-63.
- Tracey, M., Rowney, G., Pignatiello, A., Monga, S., Korczak, D. (2018). Feasibility Of A Manualized Family-Based Suicide Prevention Strategy To Reduce Adolescent Suicide Risk Among Emergency Department Referred Youth: A Quality Improvement Project [Viabilidad de una Estrategia Manualizada de Prevención del Suicidio Familiar para Reducir el Riesgo de Suicidio en Adolescentes entre Jóvenes Referidos al Departamento de Emergencias: Un Proyecto de Mejora de la Calidad] *Paediatrics & Child Health*, 23(1), 54. doi: 10.1093/pch/pxy054.136
- Turecki, G & Brent, D. (2016). Suicide and Suicide Behaviour [Suicidio y Comportamiento Suicida] *Lancet*, 387(10024), 1227-1239. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- UNICEF. (Ed.). (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*. Unicef.
- Usher, W & Curran, C. (2017). Predicting Australia's University Students' Mental Health Status [Predecir el estado de salud mental de los estudiantes universitarios de Australia] *Health Promotion International*, 34(2), 312-322. doi: 10.1093/heapro/dax091

- Varela, R. M., Ávila, M. E., & Martínez, B. (2013). Violencia escolar: Un análisis desde los diferentes contextos de interacción. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 25–32. <https://doi.org/10.5093/in2013a4>
- Vigara, L., Pérez-Serrano, P., Gómez, J., Ruíz, S., Fernández, A. (2019). Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: perfil de los pacientes y factores de riesgo. *RIECS*, 4(2), 12-19.
- Villar-Cabeza, F., Castellano-Tejedor C., Sánchez- Fernández B., Verge Muñoz M., Blasco-Blasco, (2017). Perfiles Psicológicos del Adolescente con Conducta Suicida. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 5(1), 7-18.
- Villalba, C. G. Z., & Almeida-Monge, E. (2018). Clima social familiar y su influencia en la conducta violenta en los escolares.//Family social climate and its influence on violent behavior In schoolchildren. *Ciencia Unemi*, 10(25), 97-102.
- Villarreal-González, M. (2009). Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados. (Tesis Doctoral). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.