

# La psicopatología posterior al intento suicida adolescente y sus mecanismos de defensa o adaptación

The psychopathology after a suicide attempt in adolescents and their defense or adaptation mechanisms

Isabel de la A. Valadez Figueroa\*, Raúl Amezcua Fernández\*\*, Mónica Amezcua Casas\*\*\*

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es identificar el comportamiento de las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales en adolescentes (psicopatología) que son utilizadas como recursos adaptativos o defensivos ante el medio y determinar las condiciones que prevalecen en la interacción con sus entornos próximos, familia y escuela, posterior al intento suicida. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario que incluye escalas *Likert*. Los resultados evidencian en la población de estudio puntuaciones altas, ubicándose mayoritariamente los porcentajes más altos entre el periodo de uno a tres años, otras en periodos más cercanos al intento cuatro meses a un año, y con porcentajes similares entre cuatro meses hasta los tres años posteriores al intento suicida, lo que nos habla de su persistencia y uso frecuente. Las dinámicas familiares se encuentran anquilosadas y estáticas, al parecer no han experimentado cambios importantes y permanentes a pesar de haber sucedido el intento suicida del adolescente. Las acciones de prevención, además de contemplar al adolescente, deben incluir a la familia, dada la importancia del rol que juega en su problemática obstaculizando el desarrollo normal del adolescente.

## ABSTRACT

This work aims to identify the conduct alterations of the cognitive, emotional or behavioral (psychopathology) that are used as adaptive and defensive resources towards the environment. As well to determine the conditions that prevail in the interaction with their close environments: family and school, in adolescents after a suicide attempt. Data collection was through a questionnaire that includes Lickert scales. Results reveal high scores within the population of the study. Mainly reaching the highest percentages in the period of one to three years. Others in periods closer to the attempt from four months to a year, and with similar percentages between four months and three years after the suicide attempt, which discloses their persistence and frequent use. Family dynamics seem stagnant and static. Apparently, they have not experienced important or permanent changes regardless that the suicide attempt of the teenager happened. The preventive actions besides considering the adolescent must include the family given the importance of the role they play in the adolescents' problems and the fact that they can obstruct the normal development of the teenager.

Recibido: 25 de junio de 2015

Aceptado: 10 de julio de 2015

### Palabras clave:

Adolescentes; intento suicida; psicopatología; mecanismos de defensa.

### Keywords:

Adolescents; suicide attempt; psychopathology; defense mechanisms.

### Cómo citar:

Valadez Figueroa, I. de la A., Amezcua Fernández, R., & Amezcua Casas, M. (2015). La psicopatología posterior al intento suicida adolescente y sus mecanismos de defensa o adaptación. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 16-23. doi: 10.15174/au.2015.845

## INTRODUCCIÓN

El suicidio en los jóvenes es un tema de importancia social y de salud pública mundial. En la mayoría de los países se está informando que las tasas de suicidio entre los adolescentes está aumentando de forma alarmante (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001; 2006). Esta problemática ha cobrado especial importancia en el grupo de edad de 15 a 24 años, donde el suicidio representa en algunos países la segunda o tercera causa de muerte (3.9/100 000). En México, de un total nacional de 4 681 suicidios registrados, la población adolescente representó 1 323 casos, situándose como el grupo

\* Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara (U de G). Sierra Mojada núm. 950, col. Independencia, Puerta 1 del CUCS, C.P. 44348, Guadalajara, Jalisco, México. Tel.: (33) 10585200, ext. 34020. Correo electrónico: dravaladez@hotmail.com

\*\* Facultad de Medicina y Cirugía (UABJO), Departamento de Psicopedagogía, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Ex Hacienda De Aguilera s/n, camino a San Felipe del Agua s/n, C.P. 68020. Correo electrónico: raulamezcua@hotmail.com

\*\*\* Hospital de la Niñez Oaxaqueña. Carretera a Puerto Ángel Km. 12.5, San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, C.P. 71256. Tel.: (951) 1616 923. Correo electrónico: monicamezcua@gmail.com

poblacional de mayor riesgo suicida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2006; Secretaría de Salud, 2011). Cifras que no incluyen los intentos de suicidio, cuya prevalencia es más difícil de conocer; en general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios (Lolas, Verdugo & Castellón, 1988).

Los intentos de suicidio se traducen en lesiones, trauma emocional, en distintas discapacidades y, en algunos casos, hospitalización. Esto sin contar que muchos casos no se documentan, y que sólo la mitad de quienes lo llevan a cabo solicitan atención médica (OMS, 2004). Una de las cuestiones más importantes de la problemática del suicidio en la adolescencia son las reincidencias; el antecedente de intento o intentos previos ha sido señalado como uno de los factores relacionados con el aumento de la probabilidad suicida. La mitad de quienes cometen suicidio lo ha intentado previamente, y esto alcanza los dos tercios en los grupos más jóvenes (Cooper *et al.*, 2005). Eventualmente, el 10% de los *intentadores* logrará quitarse la vida, y alrededor de la tercera parte lo reintentará (Jaar, Barrera, Gómez, Lolas & Núñez, 1994). El riesgo es más alto en el primer año y poco después de una hospitalización (Álvarez, 2011; Kapur *et al.*, 2006).

Muchos adolescentes experimentan sentimientos intensos de tensión, confusión e indecisión durante el proceso de crecimiento y maduración que le demandan una serie de adaptaciones, que hacen que se presenten determinadas actitudes que bien pueden parecer patológicas. Estos cambios en ocasiones son tan importantes que es difícil precisar en qué momento dejan de ser normales y cuándo son suficientes para desmascarar o precipitar una conducta suicida. Por tal motivo, el suicidio consumado, la ideación y el intento suicida en los adolescentes son aspectos que requieren mucha atención, puesto que representan el paso final de un fracaso progresivo de adaptación.

Por ende, el propósito de este trabajo fue identificar en el adolescente con antecedente de intento suicida el comportamiento de la psicopatología, referida a las alteraciones cognitivas, emocionales o conductuales que son utilizadas como recursos adaptativos y defensivos ante el medio, así como establecer las condiciones que prevalecen en la interacción con sus entornos próximos: familia y escuela. La perspectiva desde la que cual se aborda este estudio se fundamenta en la psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo y en los aportes del psicoanálisis respecto a los mecanismos de defensa y adaptación ante el medio (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2001). La psicopatología evolutiva o del desarrollo concibe el proceso psicológi-

co como el resultado de determinado número de tareas relevantes para cada edad, en una compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como desadaptada (Stroufe & Router, 1984). En la manera de responder al riesgo y al estrés a lo largo del desarrollo y en un determinado momento, así como en el uso de recursos de protección, se encuentran implícitos los mecanismos de defensa y adaptación, que pueden manifestarse con intensidad variable, dando lugar a un conjunto de patrones de comportamiento, donde interviene lo emocional, lo cognitivo y lo social. Los mecanismos de defensa y adaptación nunca aparecen aislados o en estado puro, ya que pueden alterarse o complementarse, aunque es cierto que algunos de ellos pueden predominar en una situación dada o en una determinada estructura de personalidad (Freud, 1961).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para identificar y seleccionar a los adolescentes con intentos de suicidio. Se aplicó un instrumento a 723 adolescentes de enseñanza media superior de tres escuelas públicas de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. El tamaño de la muestra se determinó con base en la prevalencia de suicidio en adolescentes reportada para Jalisco de 7.4% (INEGI, 2012). La muestra fue dividida proporcionalmente por turnos y semestres escolares, seleccionando a los estudiantes de forma aleatoria al interior de las aulas.

### Descripción del instrumento

Se utilizó un instrumento diseñado ( $\alpha = 0.93$ ) por los autores con el fin de identificar y evaluar situaciones problemáticas individuales y relacionales en el adolescente, así como el antecedente de intento suicida. Se emplearon dos apartados: 1) variables sociodemográficas, 2) escalas de puntos sumatorios (*licker*), que consta de dos secciones con 76 reactivos. La primera identifica y evalúa alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que dificultan la relación con los demás, causando sufrimiento al adolescente (psicopatología): depresión y equivalentes depresivos, patrones neuróticos de comportamiento, patrones psicóticos de comportamiento, manifestaciones psicopáticas, impulsividad, consumo de alcohol, consumo de drogas, aislamiento social, ideas y pensamientos suicidas y agresión inhibida. La segunda evalúa situaciones más frecuentes que se dan en la interacción en los dos entornos próximos al adolescente. La familia (contexto, estructura y dinámica familiar): inadecuada comunicación familiar;

dinámica parental alterada; agresión familiar/manejo de conflictos; inadecuada disciplina familiar/manejo de normas; dificultades económicas. La escuela: la crítica, el rechazo social y la autoeficacia percibida, y como resultado del déficit en las relaciones interpersonales los sentimientos de soledad y abandono.

## Análisis

Se acordó que a mayor puntuación obtenida era mayor la presencia de alteraciones, reflejadas en el sentido de más a menos. De acuerdo con la puntuación obtenida, se determinaron dos niveles: alto y bajo; el rango de intervalo entre cada uno de los niveles se estableció mediante la fórmula: valor máximo (número de ítems multiplicado por el puntaje mayor designado en las alternativas de respuesta), menos el valor mínimo (número de ítems multiplicado por el puntaje menor designado en las alternativas de respuesta), dividido entre dos (alto y bajo) que fue el número de niveles establecidos. Se realizó un análisis descriptivo utilizando distribuciones de frecuencia y medidas de resumen que fueran aplicables.

## Selección de la población

Se eligió a los adolescentes cuya respuesta fue afirmativa al antecedente de intento suicida (N = 72), identificando a su vez a aquéllos que presentaron puntuaciones altas en las variables o factores estudiados, los cuales fueron agrupados según el lapso de tiempo de haber ocurrido el intento, quedando en categorías de 1 a 3 meses, 4 meses a 1 año, 1 a 3 años.

## RESULTADOS

La prevalencia de intento suicida en la población estudiada fue de 9.96%, predominando el grupo de 16-19 años de edad y el sexo femenino en una relación de 1.5 por uno.

## Caracterización de los intentos de suicidio

Los motivos por los cuales intentaron suicidarse los adolescentes fueron agrupados en tres categorías: 1) alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, 2) situaciones emanadas de las interacciones con sus entornos próximos y 3) las pérdidas o acontecimientos negativos. Es de resaltar que dentro de las situaciones emanadas de las interacciones con sus entornos próximos, los problemas familiares representaron casi una quinta parte (23.6%) de los motivos para realizar el intento suicida. Con respecto a las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, los sentimientos

de soledad y abandono, expresado con el "nadie me quiere" y "me sentía solo" representaron el 13.8%, señalando la "depresión" (11.1%). Es importante subrayar que un 5.5% de los adolescentes consideró que el intento suicida fue por diversión (tabla 1).

**Tabla 1.**  
Motivos para la realización del intento suicida.

| <b>Alteraciones cognitivas emocionales y conductuales</b>                           | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Depresión   | 8        | 11.1     |
| Nadie me quiere, nadie me pone atención, a nadie le importo, no se compadecen de mí | 6        | 8.3      |
| Soledad, me sentía solo, me sentía rechazado  | 4        | 5.5      |
| Por una tontería, para ver qué se sentía, por diversión                             | 4        | 5.5      |
| Baja autoestima   | 3        | 4.1      |
| Inadaptabilidad, no me sentía adaptado a la sociedad                                | 2        | 2.7      |
| No quería vivir   | 1        | 1.3      |
| Me sentía mal   | 1        | 1.3      |
| Desesperación   | 2        | 2.7      |
| Tenía trastornos mentales, nervios, estrés, perdí el control                        | 1        | 1.3      |
| Nada me motiva  | 1        | 1.3      |
| Confusión, estaba confundido  | 2        | 2.7      |
| Tristeza  | 2        | 2.7      |
| <b>Interacción en sus entornos próximos</b>   |          |          |
| Problemas familiares  | 17       | 23.6     |
| Problemas personales  | 3        | 4.1      |
| Problemas con el novio(a)   | 7        | 9.7      |
| Pleitos con los amigos, problemas con los amigos                                    | 3        | 4.1      |
| Varias personas me tratan muy mal   | 2        | 2.7      |
| Demasiado trabajo, demasiadas responsabilidades                                     | 1        | 1.3      |
| <b>Pérdidas, acontecimientos negativos</b>  |          |          |
| Perdí todo lo que quería  | 1        | 1.3      |
| Me enfermé  | 1        | 1.3      |
| N = 72  |          |          |

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las formas de intentarlo, los primeros cuatro lugares, de acuerdo con lo señalado por esta población, lo ocuparon la autointoxicación medicamentosa (31.9%), seguido por la flebotomía (29.1%) y la utilización de combinación de dos métodos el 11.0%. De todos los intentos suicidas reportados, sólo el 16% señaló que requirió hospitalización, y menos de una quinta parte (27.5%) recibió atención psicológica (tabla 2).

Dentro del grupo de adolescentes con antecedente de intento suicida se encontró que 59 de ellos (89.9%) presentaba puntuaciones altas en las variables o factores estudiados.

### Comportamiento de las dimensiones de la psicopatología exploradas

El adolescente normal presenta síntomas de una serie de psicopatologías, por lo cual se habla de una psicopatología propia de la adolescencia (Blos, 1981). No obstante, estos síntomas pueden incrementarse o persistir durante un periodo de tiempo importante, por lo que dependiendo de la intensidad, la duración, las circunstancias de su medio y las características de su personalidad, dan lugar a una alteración psicopatológica que puede llegar a convertir al adolescente en un adolescente patológico de no recibir el apoyo necesario. La psicopatología, ya sea pasajera o duradera (en especial esta última), se encuentra asociada con el riesgo suicida en los adolescentes, y viceversa, los pensamientos e intentos suicidas se asocian tanto con la psicopatología como con los problemas de tipo psicosocial y psiquiátricos en la temprana adultez (Johnson *et al.*, 1999; Steinhausen & Winkler, 2004).

Dentro de las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales (psicopatología), en cuatro de las dimensiones exploradas (patrones neuróticos de comportamiento, impulsividad, manifestaciones psicopáticas y aislamiento), los porcentajes más altos se ubicaron en las categorías de uno a tres años de ocurrido el evento suicida. Por su parte, en tres de las dimensiones exploradas (depresión y equivalentes depresivos, las ideas y pensamientos suicidas y la agresión inhibida), los porcentajes más altos se encontraron en la categoría de cuatro meses a un año de haber realizado el intento suicida. En lo que respecta a las dimensiones correspondientes a los patrones psicóticos de comportamiento y consumo de alcohol, presentaron porcentajes similares en ambas categorías de cuatro meses a un año y de uno a tres años (tabla 3).

**Tabla 2.**  
Intento suicida: métodos utilizados.

| Métodos utilizados                      | N  | %    |
|---|----|------|
| Tomé pastillas                          | 23 | 31.9 |
| Me corté las venas                      | 21 | 29.1 |
| Me corté las venas y tomé veneno        | 5  | 6.9  |
| Me herí con objeto punzocortante        | 6  | 8.3  |
| Me di de golpes en la cabeza            | 3  | 4.1  |
| Tomé veneno/plaguicida                  | 5  | 5.5  |
| Tomé pastillas, más bebidas alcohólicas | 3  | 4.1  |
| Me ahorqué                              | 2  | 2.7  |
| Tomé sustancias caseras de limpieza     | 3  | 4.1  |
| Choqué el automóvil                     | 1  | 1.3  |
| Necesidad de hospitalización            |    |      |
| Si                                      | 12 | 16.7 |
| Recibió ayuda psicológica               |    |      |
| Si                                      | 19 | 22.2 |
| N= 72                                   |    |      |

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3.**  
Variables o factores de riesgo posterior a intento suicida.

| Nivel individual  |   |       |               |                |          |                |          |      |
|---|---|-------|---------------|----------------|----------|----------------|----------|------|
| Variables o factores de riesgo                                | Periodo de tiempo de ocurrencia del intento suicida |       |               |                |          |                |          |      |
|   | 1-3 meses   |       | 4 meses-1 año |                | 1-3 años |                | > 3 años |      |
| Dimensiones de la psicopatología                              | N   | %     | N             | %              | N        | %              | N        | %    |
| <b>Patrones neuróticos de comportamiento</b><br>N = 63, 87.5% | 14  | 22.2  | 18            | 28.5           | 21       | <b>33.3</b> ** | 10       | 15.8 |
| <b>Depresión y equivalentes depresivos</b><br>N = 59, 81.9%   | 13  | 22.0  | 19            | <b>32.2</b> ** | 17       | 28.8           | 10       | 16.5 |
| <b>Impulsividad</b><br>N = 57, 79.1%                          | 13  | 22.8  | 16            | 28.0           | 18       | <b>31.5</b> ** | 10       | 17.5 |
| <b>Ideas y pensamientos suicidas</b><br>N = 49, 68.0%         | 13  | 26.5  | 16            | <b>32.6</b> ** | 14       | 28.5           | 6        | 12.2 |
| <b>Patrones psicóticos de comportamiento</b><br>N = 43, 59.7% | 7   | 16.3  | 13            | 30.2*          | 13       | 30.2*          | 10       | 23.5 |
| <b>Consumo de alcohol</b><br>N = 39, 54.1%                    | 7   | 17.9  | 12            | 30.7*          | 12       | 30.7*          | 8        | 20.5 |
| <b>Manifestaciones psicopáticas</b><br>N = 27, 37.5%          | 5   | 18.5  | 5             | 25.9           | 9        | <b>33.3</b> ** | 5        | 22.2 |
| <b>Consumo de drogas</b><br>N = 2, 2.7%                       | 1   | 50.0* | 0             | 0              | 1        | 50.0*          | 0        | 0    |
| <b>Aislamiento</b><br>N = 44, 61.1%                           | 10  | 22.7  | 13            | 29.5           | 14       | <b>31.8</b> ** | 5        | 13.8 |
| <b>Agresión inhibida</b><br>N = 42, 58.3%                     | 9   | 21.4  | 14            | <b>33.3</b> ** | 13       | 30.9           | 6        | 14.2 |
| N = 72  |   |       |               |                |          |                |          |      |

\*\* Porcentajes más altos, \* porcentajes similares.

Fuente: Elaboración propia.

En todos los niveles de interacción del adolescente, tanto a nivel individual como interpersonal, existe una serie de mecanismos de defensa que ayudan al individuo a disminuir la ansiedad psíquica que le producen ciertas situaciones de conflicto.

La neurosis es realmente una búsqueda de adaptación para soportar una realidad que, de otra forma, no podría ser asimilada por el sujeto; es la mejor forma que el sujeto ha podido encontrar, usando las herramientas que posee, y que le funcionará durante un periodo desconocido, todo dependiente de las experiencias que haya logrado acumular durante su desarrollo.

La *impulsividad* permite, a su vez, enviar al exterior en forma de acción el impulso generado por un estado de conflicto y angustia, mismo que es resuelto mediante la catarsis (descarga que alivia) producida a través de esta exteriorización, por lo que es común su utilización en el adolescente en periodos tan largos como tres años.

El *trastorno psicopático de la personalidad* implica la utilización de los mecanismos neuróticos denominados de *racionalización* y la *proyección*, entre otros mecanismos existentes. La *racionalización* es una forma de negación en la que, para evitar el conflicto o la frustración, se dan razones o se expresan argumentos que ocultan, justifican o encubren las fallas o las contradicciones, lo que le permite situarse en posición favorable ante el fracaso. La *proyección* es un mecanismo por el cual sentimientos o ideas dolorosas son colocadas hacia otras personas o cosas cercanas, pero que el individuo siente, es decir, cuando sus inconsistencias se hacen patentes culpan a otros de sus fracasos. Estos trastornos se manifiestan más elevados entre uno y tres años posteriores al intento, lo que muestra que este tipo de defensas son empleadas en forma cada vez más frecuente y persistente por ser de relativamente fácil aplicación.

El *aislamiento* afectivo es considerado como un mecanismo de defensa o adaptación utilizado frecuentemente, donde su principal cometido es separar la carga de sentimiento o afecto que viene asociada a una idea o a un acto que resulta intolerable para el Yo de la persona; de este modo permanecerá en la conciencia de forma más débil que al principio. Le sirve al adolescente para mantener alejados de su conciencia asociaciones que puede vivir como indeseables; en los resultados obtenidos, esta variable o factor se ve más aumentado en el periodo de uno a tres años después del intento suicida. Esto se debe a que cuando el joven

se da nuevamente cuenta de que la estimulación que recibe es estresante, se aísla para intentar evitar dicho estrés y la angustia provocada por ello.

Por su parte, *agresión inhibida* se ve aumentada entre los cuatro meses a un año, y presenta un comportamiento casi similar en la categoría de uno a tres años, después del intento; es decir, éste es uno de los factores que aparece (por necesidad) y permanece durante el tiempo necesario, para poder lidiar con la angustia que le causan los conflictos existentes, lo cual lo logra a través de los mecanismos de defensa de la negación y la racionalización. En la negación, el adolescente enfrenta los conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo, no reconociendo algunos aspectos dolorosos. En la racionalización justifica las acciones (generalmente las del propio sujeto), de tal manera que eviten la censura, y con ello se tiende a una "explicación lógica" a los sentimientos, pensamientos o conductas que, de no hacerse, provocarían ansiedad, sentimientos de inferioridad o de culpa.

Por otro lado, *los equivalentes depresivos y las ideas y pensamientos suicidas* conforman el trastorno depresivo de la personalidad, el cual correlaciona de forma positiva con los mecanismos de defensa de negación y exo-actuación (lleva a la acción) y temporalmente proporcionarán alivio. Los porcentajes se aprecian más elevados en el periodo de cuatro meses a un año, disminuyendo posteriormente, lo que puede ser debido a que, de manera consecutiva a la catarsis del intento, reinicia un ciclo de aumento de la tristeza, quizá por encontrarse en la misma situación que promovió el intento (Fenichel, 1972).

*Los patrones psicóticos de comportamiento* no son equivalentes a la esquizofrenia, clásicamente citada como un factor de riesgo suicida en población adulta, pues ésta no desempeña el mismo papel en población adolescente debido a que sus comportamientos de tipo psicótico son la mayoría de las veces pasajeros o momentáneos, y no resisten la prueba de realidad (desaparecen al cuestionarlos en forma lógica). Al ser utilizados en forma eventual, le funcionan como estallidos emergentes liberadores de la angustia acumulada, por lo que son utilizados posteriores al intento desde los cuatro meses hasta los tres años.

En cuanto al *consumo de alcohol y drogas*, aparecen como conductas defensivas que le permiten obtener ganancias secundarias al sentirse apoyados por su grupo de pertenencia; además, así sobrelleva el estrés y la angustia que sufre, por lo que continúan con puntajes altos aún después de un periodo de cuatro meses hasta los tres años posteriores al intento.

## VARIABLES O FACTORES A NIVEL RELACIONAL

Con respecto al nivel relacional referido a la interacción con los entornos próximos de los adolescentes (referente a la familia), en las tres dimensiones exploradas (inadecuada comunicación familiar, agresión familiar/manejo de conflictos y dificultades económicas) los porcentajes más altos se presentaron en la categoría de uno a tres años. La inadecuada disciplina familiar/establecimiento de normas presentaron porcentajes altos similares en las categorías de cuatro meses a un año y de un año a tres años posterior al intento. Por su parte, la dinámica parental alterada presentó los porcentajes más altos en la categoría de cuatro meses a un año posterior al intento suicida (tabla 4).

Todo lo anterior nos habla de la persistencia de una inadecuada e ineficaz relación entre los miembros de la familia en cuanto a disciplina (reglas claras y consistentes), manejo de conflictos y comunicación familiar. Estos trastornos ligados a la relación con los padres, la ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres y la discordia familiar aunado a la psicopatología individual del adolescente, hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión (Valadez, Quintanilla, González & Amezcua, 2005).

Además del contexto familiar, la escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo psicosocial (Estévez, Jiménez & Musitu, 2007; Musitu, Jiménez & Estévez, 2009). Con respecto a las dificultades escolares, fueron ubicados los porcentajes más altos en lo correspondiente a la crítica y el rechazo social en la categoría de uno a tres años de sucedido el evento; en cuanto al desempeño académico, los porcentajes más altos referidos se situaron en la categoría de cuatro meses a un año. Estas situaciones nos hablan, por un lado, de la interrelación con sus compañeros de estudio, que si son reiteradas se ubican en el terreno del maltrato, victimización; con respecto al desempeño académico, se ha observado que, derivado de las dificultades en las relaciones con sus pares, tienden a manifestar autopercepciones negativas en competencia social y autoeficacia, y un deficiente aprendizaje de la motivación de la eficacia, así como la percepción de desamparo ante un medio que consideran agresivo, lo que lo lleva a tener conductas de evitación (Valadez, Amezcua, González, Montes & Vargas, 2011).

**Tabla 4.**  
Variables o factores de riesgo posterior a intento suicida.

| Nivel individual   |   |      |               |               |          |               |          |      |
|--|---|------|---------------|---------------|----------|---------------|----------|------|
| Variables o factores de riesgo   | Periodo de tiempo de ocurrencia del intento suicida<br>Categorías |      |               |               |          |               |          |      |
|  | 1-3 meses   |      | 4 meses-1 año |               | 1-3 años |               | > 3 años |      |
| Familia  | N   | %    | N             | %             | N        | %             | N        | %    |
| <b>Inadecuada comunicación familiar</b><br>N = 69, 95.8%                         | 15  | 21.7 | 19            | 27.5          | 22       | <b>31.9**</b> | 13       | 18.8 |
| <b>Agresión familiar/manejo de conflictos</b><br>N = 51, 70.8%                   | 11  | 21.6 | 16            | 31.3          | 17       | <b>33.3**</b> | 7        | 13.7 |
| <b>Dificultades económicas</b><br>N = 46, 63.8%                                  | 7   | 15.2 | 13            | 28.2          | 15       | <b>32.6**</b> | 11       | 24.0 |
| <b>Inadecuada disciplina familiar/establecimiento de normas</b><br>N = 44, 61.1% | 9   | 20.4 | 14            | 31.8*         | 14       | 31.8*         | 7        | 15.9 |
| <b>Dinámica parental alterada</b><br>N = 26, 36.1%                               | 7   | 26.9 | 8             | <b>30.7**</b> | 4        | 15.3          | 7        | 26.7 |
| Dificultades en la escuela   |   |      |               |               |          |               |          |      |
| Interrelación con sus compañeros: la crítica y rechazo social                    |   |      |               |               |          |               |          |      |
| En la escuela critican mi forma de ser   | 8   | 17.7 | 14            | 31.1          | 16       | <b>35.5**</b> | 7        | 15.5 |
| Siento que les desagrado a mis compañeros  | 8   | 21.6 | 11            | 29.7          | 13       | <b>35.1**</b> | 5        | 13.5 |
| Desempeño académico: autoeficacia percibida                                      |   |      |               |               |          |               |          |      |
| Aunque estudio no llevo buenas calificaciones                                    | 11  | 28.2 | 10            | 25.6          | 12       | <b>30.7**</b> | 6        | 15.3 |
| <b>He reprobado</b><br>N = 29, 40.7%   | 7   | 24.1 | 9             | <b>31.0**</b> | 7        | 24.1          | 6        | 20.6 |
| Derivadas de déficits en las relaciones interpersonales                          |   |      |               |               |          |               |          |      |
| <b>Sentimientos de soledad y abandono</b><br>N = 36, 50.0%                       | 2   | 22.2 | 9             | <b>25.0**</b> | 14       | <b>38.8**</b> | 5        | 13.8 |
| N = 72   |   |      |               |               |          |               |          |      |

\*\* Porcentajes más altos, \* porcentajes similares.  
Fuente: Elaboración propia.

## Variables o factores derivados de déficits en las relaciones interpersonales

Los *sentimientos de soledad* y *abandono* están relacionados con el aislamiento, y resultan de la percepción de falta de apoyo, comprensión, minusvaloración, falta de amigos o de la carencia de contacto afectivo o social, en la familia, en el grupo de amigos, en la escuela. Ello trae por consecuencia un deterioro de su autoestima y trae consigo tristeza, angustia, ansiedad y miedo, así como un sentimiento de vacío en su interior, que pueden intentar llenarlo a través de conductas impulsivas.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo con el tratamiento de los datos obtenidos del comportamiento de la psicopatología explorando sus dimensiones, cerca del 90% de los adolescentes estudiados presentaron puntuaciones altas posteriores al intento suicida, variando la distribución porcentual.

Todas las dimensiones psicopatológicas estudiadas son comportamientos que permiten lidiar con la problemática interna, enfrentando la vida real a través de estos mecanismos llamados de *defensa* o *adaptación* (a nivel inconsciente), mismos que nos hacen pensar que el intento suicida en este grupo de adolescentes ha permitido una catarsis o salida de la ansiedad resultante de los conflictos internos en forma temporal, por lo que al continuar existiendo las situaciones que han generado estas tensiones se requiere nuevamente de la utilización de dichos mecanismos, cuya acción protege al adolescente durante el tiempo que logren funcionar adecuadamente. Es interesante y alarmante que las situaciones y las diversas dinámicas familiares, al parecer, hayan permanecido anquilosadas o estáticas, pues no han experimentado, en general, cambios importantes y permanentes a pesar de haber sucedido el intento suicida del adolescente.

Esto puede explicar las conductas y mecanismos de defensa utilizados por el adolescente, que recurren a una serie de conductas de tipo "neurótico", y que (aunque parezca paradójico) gracias a ellas ha podido alejarse de la posibilidad de volver a intentar el acto suicida, y que le han permitido continuar funcionando, aunque en forma no muy adecuada, con efectos escolares y sociales como los muestran los resultados obtenidos en este estudio. Sin embargo, existe el riesgo que éstos dejen de funcionar y los cambien por otros y que, llegado el caso, desemboquen en una crisis en búsqueda de una salida total y definitiva, deviniendo en un nuevo intento suicida.

En el largo plazo, los mecanismos de defensa sí contribuyen al desarrollo de patologías severas, no obstante, el hecho de que parecen ayudar al individuo, no deberían ser ignoradas o desestimadas (Sandler, 1960). Las defensas son mecanismos eficientes que ayudan a confrontar estresores amenazantes y traumáticos. La patología probablemente no se origina en el uso de mecanismos de defensa, es causada por el recurso constante a las defensas, que aunque su uso es protector no resuelve los conflictos, sino que se limita a restringir la capacidad de actuación del Yo frente al "objeto perturbador", y consiguen que la conciencia se estreche en lugar de intentar resolver los problemas nucleares. Los resultados obtenidos nos hacen pensar que las intervenciones tanto preventivas como de promoción de la salud, además de contemplar al adolescente, deben necesariamente incluir de manera definitiva a la familia, ya que los resultados muestran una vez más la importancia del rol que ésta juega en la dinámica de los adolescentes, especialmente en aquéllos que por edad, sexo, genética, historia de vida o carácter sean más propensos a desencadenar la autoagresión en forma de un intento suicida.

## REFERENCIAS

- Álvarez L., M. A. (febrero de 2011). *Evaluación e intervención del riesgo suicida*. Ponencia presentada en la Jornada de Seguridad del Paciente en Salud Mental: Suicidio, Complejo Cultural San Francisco de Cáceres, España.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* (pp. 765-815, 900-906). Barcelona: Masson.
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. et al. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.
- Estévez, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres.
- Fenichel, O. (1972). *La teoría psicoanalítica de la neurosis*. Nueva York: WW Norton & Company.
- Freud, A. (1961). *El Yo y los mecanismos de defensa (The Ego and the Mechanism of Defense)*. Barcelona, España: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2006). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. Datos nacionales*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012). *Estadísticas de mortalidad*. Recuperado en enero de 2013 de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx>

- Jaar, E., Barrera, A., Gómez, A., Lolas, F., & Núñez, C. (1994). Repetidores de intentos de suicidio. *Folia Neuropsiquiátrica*, 29(1), 55-65.
- Johnson, J., Cohen, P., Skodol, A., Oldham, J., Kasen, S., & Brook, J. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 805-811.
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., & Appleby, L. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1599-609.
- Lolas, F., Verdugo, S., & Castellón, C. (1988). Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 26(1), 12-25.
- Musitu, G., Jiménez, T., & Estévez, E. (2009). *Relaciones familiares y ajuste en el adolescente*. Madrid: Instituto Acción Familiar.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Choosing to die a growing epidemic among the Young. *Bulletin World Health Mental Organization*, 79(12), 1175-1177. Recuperado en noviembre de 2013 de [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(12\)1175.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(12)1175.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *El suicidio: un problema público enorme y sin embargo prevenible*. Ginebra: OMS. Recuperado en noviembre de 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Prevención del suicidio; un instrumento de trabajo*. Ginebra: OMS. Recuperado en noviembre de 2013 de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf)
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 352-356.
- Secretaría de Salud (2011). México. Recuperado en octubre de 2012 de <http://www.sinais.salud.gob.mx>.
- Steinhausen, H., & Winkler Metzke, C. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 438-445.
- Stroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of development psychopathology. *Child development*, 55(1), 17-29.
- Valadez, I., Quintanilla, R., González, N., & Amezcua, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública de México*, 47(1), 1-2.
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R., & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 783-796.