

Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato*

Relations between suicidal risk, self-esteem, despair and parental socialization styles in high school students

Recibido: 20 de abril de 2016/Aceptado: 30 de septiembre de 2016
<http://doi.org/10.17081/psico.20.37.2419>

José Alonso Andrade Salazar¹, Juan Gonzáles Portillo²
Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia, Colombia

Palabras clave:

Adolescencia, Autoestima,
Estilos de socialización parental,
Ideación suicida, Psicología,
Riesgo suicida, Suicidio.

Key words:

Adolescence, Self-esteem,
Parental socialization styles,
Suicidal ideation, Psychology,
Suicidal risk, Suicide.

Resumen

Este trabajo es resultado de una investigación empírico-analítica, realizada con un diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal. Su objetivo consistió en describir la relación entre niveles de autoestima, riesgo suicida y estilos de socialización parental, para lo cual se aplicaron: la escala de Autoestima de Rosenberg, la escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) y la escala de Socialización Parental ESPA-29. El estudio encontró que la autoestima no se correlaciona de forma importante con el riesgo suicida, y que 6 de cada 10 estudiantes presenta algún tipo de riesgo, que se incrementa cuando los padres son indulgentes o negligentes, y ambos perfiles tienden a la coerción verbal e indiferencia. Otros elementos asociados al riesgo suicida fueron: la aceptación e imposición del dominio parental y un elevado control con afecto negativo, coerciones e imposiciones.

Abstract

This work is the result of an empirical and analytical research conducted with a descriptive, correlational and transversal methodology. Its aim was to describe the relations between self-esteem, suicidal risk and parental socialization styles. In order to achieve the objective these tools were used: the Rosenberg Scale for Self-esteem, the Scale of Despair of Beck, Weissman, Lester and Trexler (1974) and the ESPA-29 scale of Parental Socialization Styles. The study found that self-esteem is not significantly correlated with suicidal risk; and that 6 out of 10 students presented some risk, that increases when parents are indulgent or negligents; and both profiles present verbal coercion and indifference inclinations. Other elements associated to suicidal risk were: acceptance and imposition of parent control and a high control with negative effects, coercions and impositions.



Referencia de este artículo (APA):

Andrade, J. & Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20(37), 70-88. <http://doi.org/10.17081/psico.20.37.2419>

* El presente artículo es producto de la investigación: "Relación entre autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato", de la convocatoria de investigaciones 2015 de la Universidad de San Buenaventura Medellín.

1. Magíster en Pensamiento complejo. Docente investigador de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: jose.andrade@usbmed.edu.co; 911picologia@gmail.com <http://orcid.org/0000-0001-7916-7409>
2. Maestrante en Educación y Desarrollo Humano. Docente investigador de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: jjuan.gonzales@usbmed.edu.co; juancgp9@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0002-5826-2711>

Introducción

Según informa el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (Forensis, 2013; 2014), el suicidio es un problema de salud pública global, que afecta de manera especial a jóvenes adolescentes, mujeres y adultos mayores en Colombia. Su nivel de incidencia es tan elevado que muchos adolescentes lo asumen como vía de escape, ejemplo a seguir (suicidio por imitación), medio para alcanzar un fin (parasuicidio) y dejar un precedente, o como última solución ante problemas asumidos como irresolubles (Andrade, 2012).

Por ser una etapa de crisis compleja, en la adolescencia se incrementan los factores de riesgo para la salud física, mental y comunitaria, especialmente si los padres no brindan a los adolescentes herramientas adaptativas para confrontar la adversidad o cuando el clima familiar es tenso, controlador y conflictivo (Aberastury & Knobel, 1971). Dichos aspectos son señalados por el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, 2005), como de “alto riesgo” para el desarrollo integral de las nuevas generaciones. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), a estos elementos pueden agregarse otros factores de alto impacto tales como las crisis económicas familiares y locales que afectan de manera similar a adolescentes y jóvenes, la negligencia de los adultos, y las pocas oportunidades de estudio (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008).

Según la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), otro factor agravante de la vulnerabilidad de los adolescentes es la sobrepoblación mundial, la cual limita el acceso a posibilidades de desarrollo integral. A esto se añaden los conflictos armados internos e internacio-

nales y las pocas políticas de juventud para jóvenes en situación de riesgo en América Latina y el Caribe (Banco Mundial, 2007). Todos estos eventos afectan el desarrollo de los adolescentes y pueden suscitar en muchos la idea de que el mundo no es un lugar adecuado para vivir y desarrollarse (Taber & Zandperl, 2001; Junes, 2005). Datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (Forensis) revelan que el suicidio en las edades de 5 a 19 años para el año 2010 fue de 333 casos, 301 para el 2011, 325 en 2012, 300 en 2013, y en el año 2014 hubo 293 suicidios de adolescentes entre los 10 y 19 años*. En el departamento del Quindío se presentaron 47 casos de suicidio en el año 2010, 55 en 2011, 39 en 2012, 33 en 2013 y 32 en 2014 (28 hombres y 4 mujeres). Para la institución, el Quindío es el tercer departamento con mayor tasa de suicidio por densidad poblacional a nivel nacional (5,9 %), solo superado por Amazonas (6,7 %) y Meta (6,2 %).

La entidad igualmente señala que el municipio de Finlandia, en el departamento del Quindío, presenta una de las más altas tasas a nivel nacional (22,54 x 100.000 habitantes). Un estudio sobre salud mental en Colombia reveló, además, que los adolescentes y mujeres suelen ser los más vulnerables, y que en promedio diez (10) de cada cien (100) personas entre 10 y 44 años y doce (12) de cada cien (100) adolescentes presentan algún problema de salud mental. De ellos siete (7) de cada cien (100) cuenta con trastornos como fobias sociales (especialmente mujeres), depresión y bipolaridad. Estas patologías se encuentran vinculadas a la pobreza,

* El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (Forensis, 2014) indica que en la región andina “el suicidio es más frecuente en la población más joven, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad por causas externas dentro del grupo de los 5 a los 19 años de edad” (p.325). En Colombia es la cuarta forma de violencia y, más precisamente, por cada mujer cinco hombres se quitan la vida.

miseria y violencia en el país (Periódico *El Tiempo*, 20 de septiembre de 2015). Por otra parte, las causas asociadas al suicidio en adultos se relacionan con conflictos y problemas conyugales, amorosos, económicos, laborales, académicos, emocionales, mientras que en los niños, niñas y adolescentes son determinantes los estilos de crianza, así como el entorno escolar, familiar y político donde viven, los modelos de aprendizaje en el hogar y la influencia del grupo de pares (Forensis, 2014).

La vulnerabilidad de los adolescentes es alta y aunque, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, este grupo humano es sano, su morbilidad se asocia a accidentes, violencia, suicidios, embarazos prematuros, consumo de sustancias, malos hábitos alimentarios, enfermedades prevenibles o tratables y enfermedades graves como el VIH (OMS, 2011). En gran medida, “la adolescencia es una etapa cuya naturaleza conflictiva cuestiona el mundo adulto, al confrontarlo con su pasado y los modelos de crianza, de los cuales ellos son el prototipo *deseado o negado* socialmente” (Andrade, 2012, p.712). Dicho esto, es claro que en muchos adolescentes las formas en que los estilos de socialización han sido interiorizados, determinan los diversos modos de interpretar y vivir la relación con la autoridad, con su propio cuerpo, con otros adolescentes y con todos los adultos. La adolescencia se constituye en todas las culturas en una etapa de tránsito hacia la edad adulta, de transformaciones biopsicosociales importantes e inevitables (Aberastury & Knobel, 1971).

La adolescencia presenta una naturaleza conflictiva cuya integración positiva depende en gran medida de la calidad de las interacciones del adolescente con su entorno, y por ello el reto de la crianza recae en los padres, la comunidad y los educadores, quienes deben ser coadyuvantes en su formación; así como también en

el desarrollo de mejores habilidades para la vida, tomándolas a modo de “destrezas psicosociales que les facilitan a las personas afrontar en forma efectiva las exigencias y desafíos de la vida diaria, es decir, son destrezas psicosociales para aprender a vivir” (Mantilla, 2001, p.7). En dicho camino hacia la madurez psicológica y social, los adolescentes enfrentan varios retos: la conformación de una estructura de personalidad estable con la cual enfrentar el mundo y sus relaciones, el afianzamiento de su identidad y de un proyecto de vida, crisis personales y peligros externos, además de una ruptura gradual con los espacios y vínculos paternos, que resultan necesarios para abrir paso al desarrollo de nuevas destrezas sociales (Baumrind, 1991). Así, “las habilidades para la vida ayudan a los jóvenes a navegar entre los retos de la vida cotidiana. Les permiten convertirse en adultos serios, responsables y productivos” (Hanbury & Malti, 2011, p.9).

En todo ello la influencia de los adultos juega un papel crucial, especialmente la de los padres o cuidadores, quienes con instrucciones y comportamientos sanos pueden enseñar al adolescente conductas saludables que logren poner en práctica en los diversos escenarios de relación (Hanbury & Malti, 2011). Por tal motivo, considerar la importancia de la percepción creada respecto al comportamiento paterno brinda un espectro de intereses investigativos que posibilita la comprensión de fenómenos que los afectan de manera frecuente (Acock & Bengtson, 1984). Entre dichos fenómenos se encuentra la ideación suicida y el suicidio, conductas que guardan relación directa con las estructuras familiares, las experiencias entre pares, conductas imitativas, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), etc. (Moya, 2007). El suicidio y la ideación suicida provienen de una alteración importante de las habilidades para la vida, las cuales son “habilidades protectoras” que en su intrínseca función propenden por la conservación de los individuos y de

la comunidad a la que pertenecen (Farberow, 1980), de tal modo que los factores de riesgo pueden aumentar en entornos sociofamiliares peligrosos, desprotectores o conflictivos, con indicadores de disfuncionalidad, y con un escaso control y apoyo positivo entre sus miembros (Andrade, Bonilla & Valencia, 2010; Musitu & Cava, 2003).

Los estilos de crianza disfuncionales pueden constituirse en factores determinantes para la generación de eventos y actitudes que eleven los riesgos de suicidio en adolescentes (Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo & Ochoa, 2013; Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008) o, por el contrario, en factores protectores que fortalezcan las habilidades para la vida (García & Gracia, 2010). Al respecto, Craig (1997) ha planteado que la crianza puede definirse a partir de cuatro estilos: el *democrático*, implementado por padres que dialogan de forma ajustada y respetan la opinión de los hijos; *indiferente*, en el que se disminuye el control, la disciplina y la atención que los hijos requieren; *permisivo*, en el que se da a los hijos mucha libertad para decidir sobre su vida y se minimizan las consecuencias de los hechos; y el estilo *autoritario*, en el que los padres se muestran inflexibles, controladores, coaccionan, y a menudo son agresivos con los hijos. Dichas formas de crianza se derivan de los estilos: “democrático, sobreprotector, autoritario y negligente” planteados por Schaefer (1995) y de los estilos: autoritario y autorizativo-democrático (ambos de un alto control), permisivo-indulgente, y negligente-indiferente (ambos de bajo control) definidos por Baumrind (1966; 1968; 1971). Posiblemente existen estilos de crianza tradicional que no encajen en estos parámetros o que sean una combinación de varios de ellos; no obstante, para los fines de esta investigación se utilizaron los planteados por Baumrind, de quien se desprenden las caracterizaciones posteriores.

Por otra parte, el espectro suicida está compuesto por todas aquellas acciones cuya finalidad es la autoeliminación, y que terminan o no en la muerte por intención propia. Estas situaciones suelen afectar de forma explícita la calidad y expectativa de vida de personas, familias, y comunidades, constituyendo actualmente un grave problema de salud (Andrade, 2012). La multidimensionalidad asociada a las causas y explicaciones, además de la complejidad de su caracterización, dificulta una adecuada descripción del fenómeno, sin embargo abre paso a nuevas perspectivas integradoras y relacionales (Cañón, 2011; Restrepo, 2010; Nock, 2009). Su contención y prevención es una labor continua que requiere el diálogo entre disciplinas, la articulación de saberes y la puesta en marcha de acciones conjuntas direccionadas a contener y disminuir su elevada incidencia.

Según Baldwin, Kalthorn y Breese (1945), un estilo de crianza es la forma particular en que los padres educan a sus hijos, para lo cual aplican normas, ejemplos, experiencias y tipos de autoridad para regular sus conductas; en ocasiones, cuando los estilos de crianza protectores dejan de funcionar, los adolescentes quedan a expensas de confusiones e ideas inapropiadas acerca de la vida, lo cual puede elevar el riesgo de suicidio y de otras conductas peligrosas (Baumrind, 1968). En este sentido, Baumrind (1966; 1968; 1971) opina que la crianza de los hijos transita de acuerdo con diferentes estados de control y afecto, asociándose a los estilos de socialización con los cuales se les cría. Es así que un alto control con afecto negativo implica un rol autoritario, mientras que con el afecto positivo conlleva a la implementación de los roles autorizativo o democrático. Correlativamente, cuando el control es bajo y el afecto negativo, la pauta de crianza es negligente-indiferente, mientras que si el afecto es positivo la crianza será permisiva-indulgente. El padre *autorizativo* es exigente y sensible y promueve

la autonomía de sus hijos; mientras el que es *autoritario* coarta la participación de los hijos, es inflexible, duro y exigente; por su parte, en el estilo parental permisivo-indulgente resulta laxo, comprensivo y no implementa estrategias coercitivas para reorganizar un rol o límite; el padre negligente-indiferente no pone límites ni expresa afecto, abandona a sus hijos porque se concentra en su propia vida (Baumrind, 1971).

Los estilos de socialización moldean la vida de los sujetos y pueden propiciar en ellos la realización de acciones protectoras o delitos. Calafat et al. (2011) señala que los estilos negligente y autoritario son congruentes y/o están relacionados con un consumo de droga en los hijos. *Grosso modo*, los estilos parentales pueden influir de forma indirecta en el consumo de drogas blandas y duras, así como también, en el rendimiento académico de los adolescentes, la elección del grupo de pares, la agresividad y la delincuencia, además del manejo adecuado de la ansiedad, depresión, impulsividad, irritabilidad, negativismo, actitud desafiante y autocontrol (Calafat et al, 2011). Estos mismos estilos pueden ser generadores de vulnerabilidades que elevan los riesgos psicosociales en adolescentes, entre los cuales las conductas del espectro suicida se presentan como las más nocivas (Pérez et al., 2013; Rosselló & Berríos, 2004).

Método

Diseño

Este trabajo se sustenta en una investigación empírico-analítica con un diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal. Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014) indican que la investigación cuantitativa puede ser correlacional cuando utiliza la recolección directa de información, y sus resultados se analizan es-

tadísticamente a través de indicadores de correlación como el de Pearson. El análisis e interpretación de la información gira en torno a la idea de dar respuesta a los interrogantes planteados. Según Rosenthal (1995), en el estudio descriptivo se registran las características del problema con la finalidad de estimar la magnitud del fenómeno, y no reducir los resultados a las implicaciones radicales de las variables, pues posibilita contener la experiencia o grado empírico (Sautu, Boniolo, Dalle & Elbert, 2005).

Población

Estuvo constituida por 821 estudiantes de bachillerato de los grados 9º, 10º y 11º de cuatro instituciones educativas públicas del departamento del Quindío. La muestra fue de tipo aleatoria simple y los criterios de inclusión consistieron en estar matriculado en el colegio, asistir a clases, ser adolescente y pertenecer a los grados mencionados.

Instrumentos

Se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y tres escalas. La ficha de caracterización exploró datos respectivos, así como también, los siguientes factores: ser hijo único, testigo de violencia entre sus padres (violencia intrafamiliar), padres con enfermedad mental, ser víctima de *bullying* (acoso escolar), cuidador con el que se lleva mejor (relación parental), percepción de castigo en exceso y sin justa razón (castigos injustos), y percepción de haber estado triste la mayor parte del día durante el mes previo al día que se aplica la prueba (depresión). Las escalas aplicadas fueron: la Escala de Morris Rosenberg (1965) de autoestima, conformada por 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene una persona hacia sí misma, 5 presentadas de manera positiva (1, 2, 4, 6 y 7) y las

otras, de forma negativa (3, 5, 8, 9 y 10). Los resultados varían entre un rango de 10 a 40 puntos, de modo que 10 indica la autoestima más baja y 40 la más alta.

El segundo instrumento fue la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), que consta de 20 ítems verdaderos o falsos y permite evaluar el grado de desesperanza de una persona; en ella se puntúa 1 a las repuestas “Verdaderas” de los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, mientras el resto de las respuestas son “Falsas”. El punto de corte es 8, por lo que una puntuación igual o superior muestra un alto grado de desesperanza. Por último se aplicó la Escala de Socialización Parental para Adolescentes (ESPA-29) de Musitu y García (2001), con la que se buscan posibles *reacciones parentales* que se engloban en *siete subescalas*: afecto, indiferencia, diálogo, displicencia, coerción verbal, coerción física y privación. Ellas se agrupan a la vez en *dos ejes de socialización* (implicación/aceptación y coerción/imposición) y en *cuatro estilos de socialización*: Autoritativo, Indulgente, Autoritario y Negligente. Asimismo el instrumento permite observar cuatro tipos de relación entre el *control/afecto*: Bajo control/afecto positivo; Bajo control/afecto negativo; Alto control/afecto positivo; Alto control/afecto negativo.

Procedimiento

La investigación se realizó en cinco fases: 1) Diseño de la investigación y aprobación de condiciones bioéticas; 2) Revisión teórica y del estado del arte; 3) Aplicación de instrumentos, tabulación de reactivos y análisis estadístico de datos, para lo cual se utilizaron medidas de frecuencia, coeficiente de Pearson y medidas no paramétricas (Prueba de Mann-Whitney); 4) Sistematización de datos y construcción del informe final de investigaciones; 5) Devolución y socialización de resultados a las instituciones y a la comunidad académica.

Resultados

La caracterización muestra que el 44 % tiene edades entre 13 y 15 años; el 50,3 %, entre los 16 y 18 años; y el 1,2 %, 19 años. Los estratos analizados fueron 1 (21,3 %), 2 (35,4 %), 3 (30 %), 4 (8,2 %), 5 (4,1 %), 6 (1 %). El 52,3 % fueron mujeres y el 47,7 % hombres, pertenecientes a los grados noveno (34,2), décimo (35,9 %) y undécimo (29,8 %). La religión prevalente fue la católica (63,1 %), y cristiana (20,6 %). El 15 % de los entrevistados es hijo único, el 14,9 % ha presenciado episodios de violencia intrafamiliar y el 3,2 % convive con un padre o tutor que padece una enfermedad mental. El 9,6 % ha sido víctima de *bullying*, un 16 % no vive con sus padres, el 36,4 % cuenta con padres separados, mientras el 47,6 % tiene padres en unión libre. En la casa, el 63,8 % indica llevarse mejor con la madre; 12,4 % con el padre; el 10 % con sus hermanos y el 7,2 % no se lleva bien con ninguno. El 11,3 % asegura ser castigado en exceso y sin razón y el 33,1 % afirma haberse sentido triste la mayor parte del día en el mes anterior a la aplicación de los instrumentos. El análisis de fiabilidad Alfa de Cronbach se estableció del siguiente modo: Escala Autoestima test de Rosenberg tiene un Alfa de Cronbach de 0,678 (Validez baja); la Escala ESPA-29 fue de 0,867 (Buena confiabilidad); y la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) fue de 0,781 (Validez aceptable).

Se encontró que el 32,6 % presenta riesgo suicida “ninguno” o “mínimo” (17,14 % mujeres; 15,2 % hombres), el 17,5 % riesgo leve (9,6 % hombres y 7,9 % mujeres), el 49,1 % riesgo moderado (26,6 % mujeres y 22,5 % hombres), y el 0,7 % riesgo alto (0,4 % mujeres; 0,3 % hombres). El 67,4 % presenta algún tipo de riesgo suicida. Prevalece el riesgo moderado de suicidio (49,1 %) presente en los siguientes casos: 15 años de edad (13,2 %)

y 16 años (15,7 %), cursar 10° grado (20,3 %), vivir en estrato 2 (18 %) y 3 (19 %), tener antecedentes de victimización por *bullying* (5,4 %) y conflicto con la madre (31,1 %). También se presentó en estudiantes que fueron testigos de violencia intrafamiliar (7,10 %), con padres separados (13,5 %), o en adolescentes que conviven con ambos padres bajo una crianza autoritaria (24,4 %), en quienes creen recibir castigos injustos y sin razón (5,2 %) y aquellos que afirman poseer una tristeza mantenida durante el último mes (14,9 %) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Cruces de variables con el riesgo moderado de suicidio

Riesgo moderado de suicidio				
Edad		Género		Grado cursado
15 años	16 años	Femenino	Masculino	10° grado
13,2 %	15,7 %	26,6 %	22,5 %	20,3 %
Estrato de mayor riesgo		Varios Factores		
Estrato 2	Estrato 3	Víctima de <i>bullying</i>	Conflicto con la madre	Testigo de VIF
18,0 %	19,0 %	5,40 %	31,1 %	7,10 %
Padres separados	Convive con sus dos padres	Recibe castigos injustos	Tristeza frecuente en el último mes	
13,5 %	24,4 %	5,20 %	14,90 %	

En la Tabla 2 se exponen los factores determinantes del riesgo suicida y su relación con estilos de crianza, reacciones parentales, ejes de socialización, y el control-afecto. Se encontró que el factor cognitivo prevalece (:1,78), seguido por el motivacional (:1,63) y afectivo (:1,56). En relación a los *estilos de crianza*, prima el estilo indulgente (:52,3), seguido por el estilo autoritativo (:21,9), autoritario (:21,9) y negligente (:9,2). Las *reacciones parentales* que conforman estos perfiles son las siguientes: diálogo (:22,6), afecto (:20,52), coerción verbal (:13,9), displicencia (:3,95) y coerción física (:1,98). En las respuestas relacionadas con los *ejes de socialización* so-

bresale la aceptación/implicación (:52,3), y la coerción/imposición (:21,9). En la *relación entre control/afecto* predomina el *bajo control/afecto positivo* (:61,5), seguido por *alto control/afecto positivo* (:44,5), y el *alto control/afecto negativo* (:21,9).

Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio, estilos de crianza, reacciones parentales, ejes de socialización, control-afecto

Factores determinantes del riesgo suicida				
Factor motivacional	Factor afectivo		Factor cognitivo	
\bar{x} : 1,63	\bar{x} : 1,56		\bar{x} : 1,78	
Estilos de crianza				
Indulgente	Autoritativo	Autoritario	Negligente	
\bar{x} : 52,3	\bar{x} : 21,9	\bar{x} : 21,9	\bar{x} : 9,2	
Reacciones parentales				
Diálogo	Afecto	Coerción verbal	Displicencia	Coerción física
\bar{x} : 22,6	\bar{x} : 20,52	\bar{x} : 13,9	\bar{x} : 3,95	\bar{x} : 1,98
Ejes de socialización				
Aceptación/implicación		Coerción/imposición		
\bar{x} : 52,3		\bar{x} : 21,9		
Relación entre control/afecto				
Bajo control/afecto positivo	Alto control/afecto positivo		Alto control/afecto negativo	
\bar{x} : 61,5	\bar{x} : 44,5		\bar{x} : 21,9	

La autoestima prevalente fue baja (76,7 %), en tanto que la media "normal" fue de 20,6 % y la elevada, de 2,7 %; a nivel de correlación la autoestima baja se presentó en el estilo de crianza *indulgente* con una correlación positiva muy baja ($p = ,175$; $s = ,000$). La autoestima media fue directamente proporcional al hecho de contar con una actitud positiva hacia sí mismo ($s = ,000$; $p = -0,438$), e inversamente proporcional al hecho de estar insatisfecho consigo mismo ($s = ,000$; $p = -0,445$), y al de pensar que se es un inútil ($s = ,000$; $p = -0,498$).

Las correlaciones altas y directamente proporcionales se dieron entre riesgo alto de suicidio con el factor motivacional ($s= ,000$; $p= ,744$) y el factor cognitivo ($s= ,000$; $p= ,696$). Las correlaciones bajas se presentaron entre el riesgo leve de suicidio e indiferencia ($s= ,002$; $p= ,109$) y privación ($s= ,004$; $p= ,100$); también hubo correlaciones bajas e inversamente proporcionales entre riesgo moderado de suicidio con los dos ejes de socialización: aceptación/implicación ($s= ,000$; $p= -0,220$) y coerción/imposición ($s= ,000$; $p= -,249$), así como con los estilos de crianza autorizativo ($s= ,000$; $p= -,220$), indulgente ($s= ,000$; $p= -,249$) y autoritario ($s= ,000$; $p= -,249$). Se presentaron correlaciones moderadas entre ítems negativos de la Escala de Desesperanza y el riesgo alto de suicidio (ver Tabla 3).

Tabla 3. Correlación ítems Escala Desesperanza y riesgo alto de suicidio

Ítem valorado en la Escala de Ideación Suicida de Beck, et al. (1974)	Idea relacionada	Correlación con Riesgo alto de suicidio
¿Puedo darme por vencido, renunciar?	Darse por vencido	($p= ,518$; $s= ,000$)
¿Mi futuro me parece oscuro?	Futuro oscuro	($p= ,553$; $s= ,000$)
¿No logro hacer que las cosas cambien?	Impotencia	($p= ,592$; $s= ,000$)
¿Todo lo que veo delante de mí es desagradable?	Porvenir negativo	($p= ,565$; $s= ,000$)
¿No espero conseguir lo que deseo?	Frustración	($p= ,538$; $s= ,000$)
¿Nunca consigo lo que deseo y por eso es absurdo desear cualquier cosa?	Incredulidad en el futuro	($p= ,506$; $s= ,000$)
¿No merece la pena intentar algo porque no lo lograré?	Pesimismo	($p= ,520$; $s= ,000$)

Asimismo hubo correlaciones directamente proporcionales entre ítems positivos de la Escala de Desesperanza de Beck y el ítem “Esperar el futuro con esperanza y entusiasmo” presente en la misma escala (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre ítems protectores y esperanza en el futuro

Ítem valorado en la Escala de Desesperanza de Beck, et al. (1974)	Idea relacionada	“Esperar el futuro con esperanza y entusiasmo”
Cuando las cosas van mal me alivia saber que no permanecerán así	Esperanza en el futuro	($p= ,632$; $s= ,000$)
Tengo tiempo para hacer las cosas que quiero hacer	Manejo propositivo del tiempo	($p= ,526$; $s= ,000$)
En el futuro espero lograr lo que deseo	Confianza en lo planeado	($p= ,803$; $s= ,000$)
Espero más cosas buenas de las que la gente consigue	Planificar: ambición realista	($p= ,766$; $s= ,000$)
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro	Sentirse preparado para el futuro	($p= ,670$; $s= ,000$)
Cuando miro hacia el futuro espero ser más feliz	Crear en la felicidad futura	($p= ,762$; $s= ,000$)

Se encontraron correlaciones directamente proporcionales entre los cuatro perfiles de crianza: autorizativo, autoritario, indulgente y negligente, y las reacciones parentales de dichos perfiles: indiferencia, coerción física, coerción verbal, privación, afecto (ver Tabla 5).

En la Tabla 6 se muestran las correlaciones entre los dos ejes de socialización: aceptación-implicación y coerción-imposición, y las cuatro relaciones entre control-afecto: Alto control-afecto positivo, Bajo control-afecto positivo, Alto control-afecto negativo, Bajo control-afecto negativo.

Por otra parte, a fin de comprobar la heterogeneidad de las muestras ordinales independientes entre hombres y mujeres, se aplicó la Prueba no paramétrica de Mann-Whitney de “suma de rangos”. En la Tabla 7 se muestran en este sentido, las diferencias entre hombres y mujeres respecto a los rangos de aceptación/implicación (hombres= 170155,50; mujeres= 167275,50) y coerción/imposición (hombres= 164051,00; mujeres= 173380,00).

Tabla 5. Correlación entre perfil de crianza, reacciones parentales y estilos de crianza

Perfil de crianza	Reacciones parentales				Estilos de crianza	
1. Autorizativo	Indiferencia	Coerción verbal	Coerción física	Privación	Autoritario	Negligente
Correlación	(p= ,256; s= ,000)	(p= ,850; s= ,000)	(p= ,570; s= ,000)	(p= ,769; s= ,000)	(p= 1 ; s=,000)	(p= ,349; s= ,000)
2. Autoritario	Indiferencia	Coerción verbal	Coerción física	Privación	Autorizativo	Indulgente
Correlación	(p= ,256; s= ,000)	(p= ,850; s= ,000)	(p= ,570; s= ,000)	(p= ,769; s= ,000)	(p= 1 ; s=,000)	(p= ,093; s= ,007)
3. Indulgente	Afecto	Diálogo	Displicencia	Privación	Negligente	
Correlación	(p= ,683; s= ,000)	(p= ,844; s= ,000)	(p= ,123; s= ,000)	(p= ,166; s= ,000)	(p= ,205; s=,000)	
4. Negligente	Indiferencia	Displicencia	Coerción física	Privación	Autorizativo	Autoritario
Correlación	(p= ,871; s=,000)	(p= ,822 ; s=,000)	(p= ,349 ; s=,000)	(p= ,207; s=,000)	(p= ,205 ; s= ,000)	(p= ,205 ; s= ,000)

Tabla 6. Correlación entre ejes de socialización, y Control-Afecto implicados en la crianza

Ejes de socialización	Tipo de control y afecto implicado			
1. Aceptación/implicación	Alto control - afecto positivo	Bajo control - afecto positivo		
Correlación	(p= ,903 ; s=,000)	(p= ,577 ; s=,000)		
2. Coerción/imposición	Alto control - afecto positivo	Alto control - afecto negativo	Bajo control - afecto positivo	Bajo control - afecto negativo
Correlación	(p= ,803; s= ,000)	(p= 1; s=,000)	(p= ,169; s= ,000)	(p= ,232 ; s=,000)

En las mujeres, a diferencia de los hombres, es elevado el alto control con afecto negativo (mujeres= 173380,00; hombres= 164051,00) y un bajo control con afecto negativo (mujeres= 172142,50; hombres= 165288,50).

Tabla 7. Rangos prueba de Mann-Whitney por género

Rangos prueba de Mann-Whitney			
	Sexo	Rango promedio	Suma de rangos
Aceptación/implicación	Femenino	389,92	167275,5
	Masculino	434,07	170155,5
Coerción/imposición	Femenino	404,15	173380
	Masculino	418,5	164051
Alto control/afecto positivo	Femenino	391,14	167800
	Masculino	432,73	169631
Alto control/afecto negativo	Femenino	404,15	173380
	Masculino	418,5	164051
Total			

	Sexo	Rango promedio	Suma de rangos
Bajo control/afecto positivo	Femenino	386,61	165856,5
	Masculino	437,69	171574,5
Bajo control/afecto negativo	Femenino	401,26	172142,5
	Masculino	421,65	165288,5

Discusión

La investigación encontró que los estudiantes perciben dos tipos de perfiles en la crianza: a) uno compuesto por el estilo de socialización *indulgente*, en el que los padres se implican y aceptan al adolescente a través del diálogo, ejerciendo un bajo control al que imprimen un afecto positivo (Ilustración 1), y b) un estilo de crianza autorizativo con tendencia a la coerción e imposición de la voluntad de los adultos, y reacciones afectivas a las

que se aplica coerción verbal y un elevado control de sus actividades, matizado de afecto positivo (Ilustración 2). Lo anterior permitió vislumbrar dos perfiles de crianza en la población estudiada: 1) perfil de implicación/indulgencia, y 2) perfil de coerción/autoritarismo. Este último tiene relación con los casos de riesgo suicida encontrados en la muestra investigada, y coincide con lo encontrado por estudios que indican que el patrón de crianza coercitivo con baja implicación positiva de los padres, puede ser parte de los predictores de la conducta suicida en adolescentes (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014; Magdaleno, Morello-Teruel & Infante-Espinoza, 2003).

Es importante anotar que el perfil de coerción eleva los riesgos de emergencia de la conducta suicida en la población adolescente porque disminuye su posibilidad de participación en decisiones y asuntos importantes del hogar, además de frenar su capacidad de interacción en diversos ámbitos necesarios para su desarrollo integral (Casullo, Bonaldi & Fernández, 2000; Ceballos-Ospino et al., 2014), aspecto comúnmente asociado a crianzas autoritarias en las que se cohibe a los hijos, pero al mismo tiempo se dan muestras de afecto positivo hacia ellos (Rosselló & Berríos, 2004; Carmona, Jaramillo, Tobón & Areiza, 2010). Estas características enuncian ambivalencias en las pautas de crianza que se encuentran muy relacionadas con la emergencia de ideas suicidas en adolescentes (Carmona, 2012; Andrade, 2012; Zubiría, 2007; García & Gracia, 2010), situación que fue evidente en la población investigada, para la cual el riesgo leve de suicidio se incrementó ante la disminución del alto control con afecto positivo o negativo de sus padres, lo cual muestra que en situaciones de riesgo de suicidio, el afecto es un resultado de la relación de control y no a la inversa.

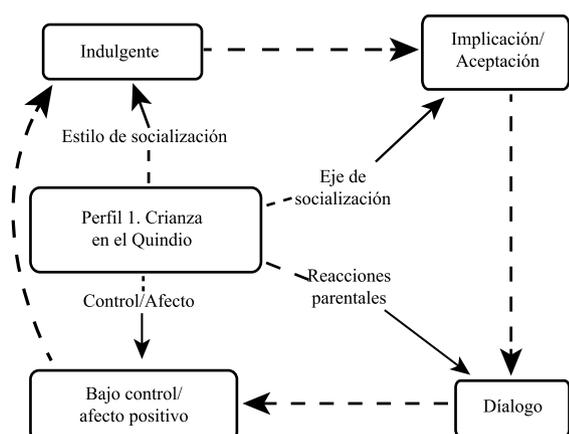


Figura 1. Prácticas de crianza. Perfil indulgencia/implicación

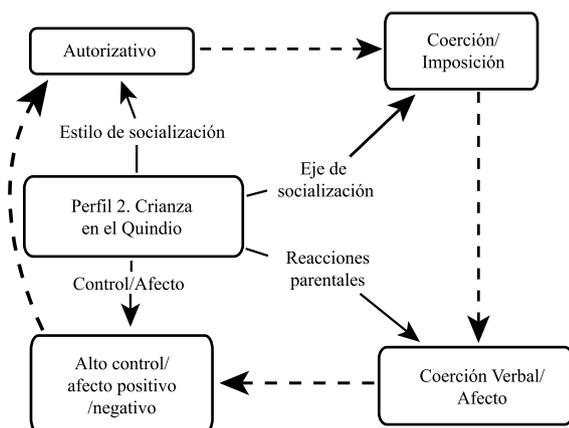


Figura 2. Prácticas de crianza. Perfil coercitivo/autoritario

En este sentido, el suicidio responde a un cambio en la dinámica afectiva de los sujetos, percibiéndose como un efecto de problemas e inconvenientes previos no resueltos. Zubiría (2007) expresa que dichos problemas pueden exacerbarse cuando el adolescente se ve influenciado por un grupo de pares negativo, así como también por una actitud indiferente, indulgente o agresiva de los padres. La hipótesis del suicidio como efecto se asociaría entonces a la idea de que el control exagerado es el catalizador de un proceso de deterioro de la convivencia y el apoyo intrafamiliar, que desgasta la confianza, el diálogo, la cooperación y la capacidad de reparación de conflictos y ofensas entre los miembros, tornando nocivas incluso aquellas acciones dirigidas al

reconocimiento afectivo de las implicaciones del acto suicida (Andrade, 2012). Dicho esto, la prevención se constituye en el registro positivo de crianza cuando se instaura desde el hogar, lo que posibilita que en el proceso de socialización se convierta en autoprotección y protección de otros; de suyo, la protección como *continuum* tiene como referente el reconocimiento de las condiciones afectivas implicadas en toda relación. Así, entre más acertadas, solidarias y protectoras sean las interacciones, mejores registros de protección y prevención tendrán los sujetos (Baumrind, 1991; Atienza, Moreno & Balaguer, 2000; Moya, 2007; OMS, 2014).

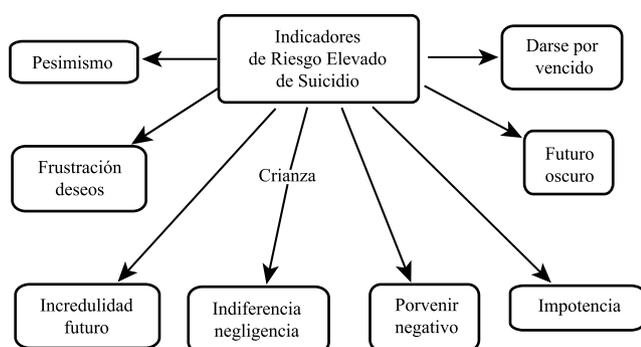


Figura 3. Indicadores de riesgo elevado de suicidio

En la población estudiada, el riesgo suicida puede asociarse además a factores de riesgo externos y percepciones deformadas acerca de la vida, el éxito y las expectativas futuras (Figura 3), aspectos que son base de debate y de múltiples orientaciones investigativas (Carmona, 2012; Ceballos-Ospino, et al., 2014; Pérez, et al., 2013; Roselló & Berríos, 2004). En nuestro caso, se encontró que el riesgo se incrementa cuando disminuye la crianza de tipo autoritativa, indulgente o autoritaria, a lo cual se suman la poca aceptación e implicación parental, acciones coercitivas e imposiciones, así como también un escaso diálogo, actitudes de displicencia, y coerción verbal y física. No se encontraron estudios con datos similares en cuanto a factores de riesgo desde el punto de vista de la crianza, sin embargo, existen puntos de acuerdo entre

los riesgos hallados en otras investigaciones (Baumrind, 1991; Junes, 2005; Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008; García & Gracia, 2010; Pérez et al., 2013).

Por otra parte, la investigación encontró que la mujer suele ser más coaccionada que el hombre, puesto que en él se deposita una mayor aceptación/implicación. Esta situación es análoga a la relación control/afecto, la cual es de tonalidad negativa en la crianza de las mujeres, lo que tiene como consecuencia directa que el hombre sea quien reciba un mayor afecto y control positivo. En este sentido, nuestros resultados son equivalentes a los encontrados en investigaciones que reiteran el incremento del riesgo suicida en mujeres además de los patrones de género asociados al suicidio femenino (Musitu & García, 2001; Zelaya, Piris & Migliorisi, 2012; Miranda, Cubillas, Román & Valdez, 2009). La OMS (1998; 2014) afirma que la violencia de género es un tema de salud prioritario que suele comenzar en el hogar por parte de padres y hermanos, y que regularmente trasciende a la relación de pareja, prolongando las agresiones contra mujeres y niñas, y las hace proclives a conductas autolesivas.

En este aspecto, las investigaciones reiteran la vulnerabilidad de la mujer en relación a las pautas de crianza o estilos de socialización. De este modo existe la presencia de una mayor sintomatología depresiva en las mujeres, se relaciona a menudo con el estilo autoritario del padre y de la madre (Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008; Sarmiento & Aguilar, 2011). Otros estudios reiteran que la ideación suicida y los sentimientos de soledad son mayores en mujeres que en varones y se constituyen en predictores de la conducta suicida (Zelaya, Piris & Migliorisi, 2012; Carmona, Gaviria & Layne, 2014). Efectivamente, en las mujeres el control eleva el riesgo

de suicidio, pero en ambos el control psicológico está relacionado con ideas suicidas (Pérez et al., 2013), el afecto/comunicación afectado eleva los riesgos (Pérez et al., 2013).

Debe decirse también que pese a la asociación tradicional entre suicidio, depresión y autoestima (Cañón, 2011; Carvajal & Virginia, 2011; Ceballos-Ospino, et al., 2014; Rosselló & Berríos, 2004; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005), el estudio encontró que incluso si la autoestima es baja, no se constituía en el núcleo de desarrollo del riesgo suicida, y aun cuando hubo correlaciones directamente proporcionales entre autoestima y riesgo de suicidio, estas fueron poco significativas. Lo anterior reitera la idea de que el suicidio es un fenómeno complejo cuya comprensión debe superar la explicación descriptiva y transitar hacia un modelo relacional en el que la conjunción antagonista-complementaria de los diversos factores permita una visión completa del fenómeno (Andrade, 2012; 2015; Carmona, 2012; Pérez et al., 2013; Carmona, Gaviria & Layne, 2014).

Existen otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida revelados por la investigación y que responden a lo encontrado en estudios análogos (Atienza, Moreno & Balaguer, 2000; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005; Moya, 2007; Cañón, 2011; Carvajal & Virginia, 2011; Ceballos-Ospino, et al., 2014). Entre estos factores se encuentran: el darse por vencido, futuro oscuro, impotencia, idea de contar con un porvenir negativo, frustración frecuente, incredulidad en el futuro, y pesimismo (Figura 4), además de ser testigo de violencia intrafamiliar, ser víctima de *bullying*, percibir que se es castigado injustamente y sentirse triste la mayor parte del día (Figura 5).

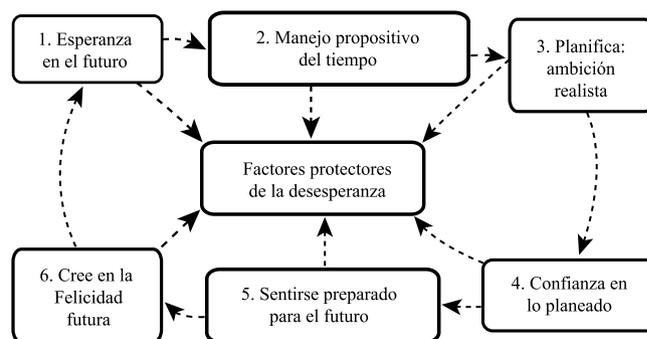


Figura 4. Factores protectores-personales del riesgo suicidio

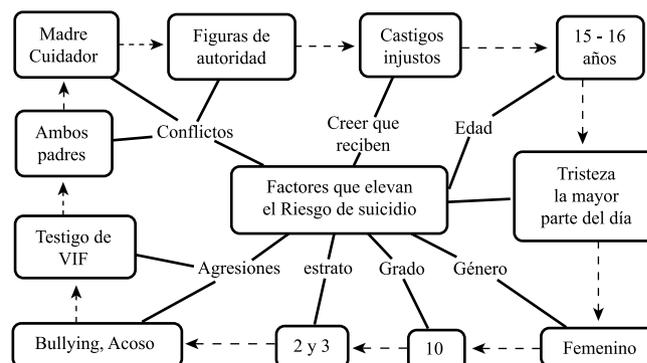


Figura 5. Perfil de riesgo suicida de los adolescentes

Los estilos familiares autoritativo e indulgente se relacionan con autoritario y negligente (García & Gracia, 2010); sin embargo, en la investigación se encontró que los padres autoritativos y dialogantes (democráticos) eran al mismo tiempo coercitivos y controladores, fluctuando constantemente entre afecto positivo y negativo, entre la implicación y la indulgencia. Según la percepción de los adolescentes con algún tipo de riesgo suicida, los padres suelen mostrarse democráticos e interesados en su vida, al tiempo que impositivos y controladores y en algunos momentos desinteresados y laxos (indulgentes), es decir, ambivalentes. De modo que, la crianza en que se cambian drásticamente los parámetros de aceptación/implicación o de coerción/imposición, tiende a elevar los riesgos de suicidio leve y moderado en los adolescentes. Esto puede suceder porque existe cierto nivel de *acostumbramiento* al conflicto y la tensión como elemento de contacto e incluso de mediación entre padres

e hijos (Zubiría, 2007; Aberastury & Knobel, 1971). Así, muchos adolescentes pueden crear la idea que a través de regaños o conflictos pueden ganar atención y cariño, lo cual puede llevarlos a reproducir y generar mayores conflictos (Andrade, 2012).

En consecuencia, si aumenta el diálogo y la implicación, pero la crianza se implementa bajo un parámetro de coerción-imposición, tanto padres como adolescentes tendrán una visión deformada de la crianza, lo cual conlleva a que se interpreten de forma inapropiada los límites y el apoyo entre padres e hijos. Este hallazgo refiere la inversión de un rol de crianza positivo que ha migrado hacia el ejercicio de una crianza coercitiva en la que prima el control de los hijos, que a su vez puede asociarse a la desconfianza en lo externo, así como también, a una deficiente educación previa de los padres respecto a pautas de crianza positiva, y estilos de socialización parental efectivos (Zubiría, 2007; Andrade, 2012). Ahora bien, de todos los estilos de socialización es el autoritativo o democrático el que presenta mejores resultados en el manejo de límites, la negociación y el aprendizaje (García & Gracia, 2010; Pérez et al., 2013; Vallejo, Osorno & Mazadiego, 2008), no obstante, aunque este prevalece en la muestra investigada, se implementa adjuntamente a coerciones, negligencia, displicencia e indiferencia, características que muestran que el rol se ejecuta de manera invertida, lo cual puede deberse a una interpretación errónea de la pauta de crianza por parte de los padres.

Es preciso señalar, por último, que el riesgo alto de suicidio se presentó ante la disminución del alto control con afecto negativo o positivo, acción en que los padres se desvinculan de la vida de sus hijos, aumentando la indiferencia y la negligencia, y disminuyendo el diálogo. También se presentó en la muestra el estilo autoritativo, el cual es implementado por padres que intentan ser

democráticos, exigentes y sensibles (Baumrind, 1991) e indulgentes en la crianza, es decir, en padres que suelen perdonar las ofensas y minimizar los efectos, pasando por alto la reparación y el aprendizaje positivo a partir de las consecuencias (Baumrind, 1991). Ese mismo riesgo se incrementó en el estilo de socialización autoritario, es decir, cuando los padres muestran frialdad afectiva y un elevado control. En este caso, prevalece la poca participación de los hijos, o sea, su anulación frecuente como sujetos de decisión en el hogar.

De todas maneras, aunque muchos adolescentes pueden no sentirse aceptados e implicados en el hogar, además de poco sostenidos incluso en la angustia derivada del autoritarismo que coacciona e impone, ello no es suficiente para explicar el espectro suicida, lo que revela la multidimensionalidad del fenómeno y las necesidades comprensivas que su estudio implica.

Conclusiones

El suicidio afecta a personas de diferentes géneros y grupos etarios, siendo especialmente vulnerables los jóvenes y adolescentes. Según la OMS, las medidas de atención, control y prevención requieren de acciones locales sostenidas sobre proyectos globales, que robustezcan los recursos disponibles e incluyan la cooperación de la comunidad e instituciones sociales. A ello deben sumarse acciones educativas en el marco de proyectos a largo plazo, dado que el conocimiento e identificación de riesgos puede ayudar a disminuir su incidencia. En esta investigación se buscó la relación posible entre baja autoestima y riesgo suicida, con el fin de verificar si esta era el componente esencial de dicho riesgo; se encontró que no existe un centro sino condiciones reticulares, pues la autoestima debe verse en contexto, es decir, relacionada con otros elementos, tales como el género, las expectativas futuras, el autoconcepto, entre otros.

Se encontró que la mujer tiene mayor vulnerabilidad que el hombre respecto al riesgo suicida, factor que se encuentra íntimamente relacionado con el tipo de control y afecto (negativo) impreso en el estilo de socialización parental, mismo que suele ser autoritario e indiferente. Además, según la percepción de los adolescentes respecto a la crianza recibida de sus padres, los niveles de riesgo suelen ser análogos en ambos géneros, situación que ha cambiado de años atrás cuando el suicidio y el riesgo eran mayores en hombres. En conclusión, ambos géneros se encuentran en riesgo moderado, mismo que está presente de manera conjunta con otras variables, tales como: idea de ser castigado sin razón y de forma frecuente, antecedentes de *bullying* y de violencia intrafamiliar.

Cuando el riesgo es *leve*, las tasas son equivalentes en hombres y mujeres, pero cuando es *moderado* y *grave* se incrementa en mujeres, tornándolas más vulnerables, lo que orienta a pensar el riesgo suicida en términos de género. Por otra parte, en adolescentes con riesgo moderado de suicidio, la relación de preferencia fue con la madre, situación que puede relacionarse con el control materno en hogares monoparentales. Este hallazgo reitera la importancia de la figura paterna en la consolidación de factores protectores desde la infancia, al igual que las dinámicas de la relación intrafamiliar cuando el liderazgo es femenino.

Los principales factores de riesgo para la aparición de la conducta suicida se encuentran entonces en las relaciones intrafamiliares de exclusión y de ambivalencia en la crianza. Sin embargo, convivir con ambos padres bajo un estilo de crianza autoritario eleva los riesgos de suicidio, al igual que sentirse triste todo el día o la mayor parte del tiempo.

Se evidenció, además, que el estrato no constituye una variable determinante para el riesgo suicida, dado que la mayoría de estudiantes con riesgo y sin riesgo eran de estrato 2, lo cual se constituyó en un sesgo. Dicha situación puede orientar efectivamente próximas investigaciones que se centren en el estrato. Se encontró que la autoestima fue mayormente baja, pero no tuvo una correlación importante con el riesgo suicida, razón por la cual debe ser comprendida en asociación a otras variables y condiciones socioculturales.

El factor central o situación socio-afectiva que reduce el nivel de autoestima es el “pensar que se es un inútil”, mientras aquello que la mantiene y eleva es contar con una actitud positiva hacia sí mismo y estar satisfecho consigo mismo. En el riesgo suicida contribuyen, de otro lado, los factores cognitivo, afectivo y motivacional, siendo inter-influyentes, además de precipitantes de la conducta suicida, aun cuando el valor cognitivo presenta un leve incremento respecto a los otros dos factores presentes. Lo anterior guarda relación con el hecho de que el riesgo de suicidio en adolescentes se fortalece por elementos motivacionales que, a su vez, se refuerzan por factores cognitivos.

Respecto a la crianza, el estilo de socialización indulgente deteriora la autoestima, y se constituye en el estilo de socialización que prevalece. En las familias también se implementan el estilo autorizativo y autoritario en proporciones análogas, mientras que el estilo menos utilizado para criar a los hijos fue el negligente. Según la percepción de los adolescentes evaluados, en sus padres prima el estilo indulgente, seguido por el diálogo y la expresión afectiva como reacciones socializadoras.

Otro tipo de reacción es la coerción verbal, acción a la cual deben sumarse dos tipos de ejes socializado-

res en el estilo de crianza: la aceptación/implicación y la coerción/imposición. En todos los casos registrados el aumento de la indiferencia y privación, sumado a la disminución de una actitud de aceptación/implicación en la vida de los hijos, y la ausencia de un rol autoritativo (democrático) fueron indicadores de riesgo suicida. El riesgo alto y moderado de suicidio se asoció a sentimientos de pesimismo, incredulidad, baja capacidad de lucha, idea de un futuro y porvenir oscuro; *grosso modo*, es la percepción de tener un futuro “oscuro” lo que incrementó el riesgo suicida. En oposición a ello, los factores que protegen a los adolescentes del suicidio fueron: la idea de sentirse optimistas frente al futuro, con una actitud realista (ajustada a los recursos con los que se cuentan), el manejo propositivo del tiempo y la creencia en la felicidad futura.

El riesgo de suicidio emerge, en efecto, cuando disminuye la aceptación e implicación de los padres respecto a los hijos, aspecto que indicaría la presencia de una crianza positiva. Asimismo, dicho riesgo aparece cuando disminuye la coerción-imposición. Cabe aclarar que el adolescente suele sentirse implicado en estos dos tipos de relación: una de inclusión en la que se le acepta y aprecia, y otra de coerción e imposición en la que se le controla y limita en exceso. El perfil de crianza autoritativo o democrático, a pesar de ser prevalente, no se ejerce de manera correcta puesto que los padres lo ponen en práctica bajo parámetros de autoritarismo, connotados por acciones de coerción física-verbal y privaciones.

Se concluye también, que el cambio de la comprensión/ejecución del rol eleva los riesgos de suicidio, y torna proclives a los adolescentes a generar debilidad en sus interacciones, viéndose expuestos a nuevos peligros y vulnerabilidades. Así, muchos padres pueden creer que ejercen un rol democrático (autoritativo) cuando en realidad están siendo autoritarios; situación que podría ser

cotejada en el legado a los hijos, quienes pueden replicar este modelo en otros contextos. Este aspecto puede constituirse en tema de próximas investigaciones y una evidencia de lo anterior es el hecho que aun cuando sean agredidos o coaccionados bajo un rol de autoridad extrema, los adolescentes suelen ver en dicha relación de fuerza el sentido de la interrelación familiar.

En este sentido un adolescente puede sentirse sostenido en la privación, tanto como en la protección, pero cuando estos fallan o se tornan insuficientes, la pérdida de dicho sentido de realidad incrementa el riesgo de conductas suicidas. Como puede verse, los padres autoritarios son a la vez autoritativos y viceversa, por lo que intentan ser “democráticos” pero a costa de coerciones verbales y físicas (inversión del modelo de crianza). Los padres indulgentes, en cambio, dialogan y son afectivos, pero suelen ser muy permisivos y toleran en exceso, instaurando límites poco claros y normas escasamente interiorizadas. Los padres negligentes son a la vez displicentes e indiferentes. Pese a ello, cuando aceptan y se implican en la crianza de los hijos, lo hacen con un alto control y con afecto positivo, sin embargo, la percepción de los hijos es que esto se presenta junto a un bajo control de afecto negativo. Este patrón evidencia fluctuaciones en la crianza que llevan a prácticas de control que se establecen sobre los extremos, es decir, sobre su antagonismo.

Al parecer, la crianza bajo un parámetro de antagonismo en el que priman los extremos según las circunstancias, constituye un factor de riesgo importante de conductas suicidas. De esta forma, si los padres son coercitivos e imponen su autoridad, los adolescentes suelen sentirse controlados en extremo de forma positiva y/o negativa.

Es notable que lo que prima en este análisis es la

ambivalencia afectiva y la permanencia de medidas de control horizontales. Los hogares estudiados suelen tener pocos espacios de negociación y en ellos la palabra de los hijos no es muy tomada en cuenta. De todos modos, en la crianza de hombres existe una mayor aceptación e implicación que en las mujeres, en las cuales prevalece la coerción e imposición, además del alto control con afecto positivo y negativo (ambivalente). Esta pauta de crianza muestra un sesgo patriarcal en la forma como se entienden los géneros y sus diversos roles, derechos y deberes. Por todo lo planteado, es preciso ampliar los estudios a fin de conocer la influencia de dicho patrón en la conducta suicida y en otros tipos de riesgo psicosociales.

Referencias

- Aberastury, A. & Knobel, F. (1971). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Acock, A. C. & Bengtson, V. (1984). Socialization and Attribution processes: Actual vs. Perceived Similarity Among Parents and Youth. Reprinted in B. N. Adams & J. L. Campbell (Eds.), *Framing the Family Contemporary Portraits*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Andrade, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Izta-cala, Universidad Nacional Autónoma de México*, 12(2), 688-721.
- Andrade, J. A. (22 de septiembre de 2015). *Bullying, violencia social y conflicto familiar: tetrada negativa y devastadora. Una mirada compleja*. [En línea]. Disponible en <http://psocialycomunitaria.blogspot.com.co/2015/09/bullying-violencia-social-y-conflicto.html>
- Andrade, J. A., Bonilla, L. & Valencia, Z. (2010). Predictive Factors of Suicidal Ideation in 50 Women from Prison: Villa Cristina - Armenia-Quindío (Colombia). *Revista Orbis*, 6(17), 6-32.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. UniversitasTarracensis*, 22(1), 29-42.
- Baldwin, A. L., Kalhorn, J. & Breese, F. H. (1945). Patterns of parent behaviour. *Psychological Monographs*, 58(3).
- Banco Mundial-BM (2007). *El potencial de la juventud: políticas para jóvenes en situación de riesgo en América Latina y el Caribe*, 2007.
- Baumrind, D. (1968). Effects of authoritarian parental control on Child Behavior. *Child. Development*, 37, 887-907.
- Baumrind, D. (1971). Las pautas actuales de la patria potestad. *Psicología del Desarrollo*, 4(1), 1-103.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.

- Calafat, A., Blay, N. T., Hughes, K., Bellis, M., Juan, M., Duch, M. & Kokkevi, A. (2011). Nightlife young risk behaviours in Mediterranean versus other European cities: are stereotypes true? *European Journal of Public Health*, 21(3), 311-315. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq191>.
- Cañón, S.C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Arch Med (Manizales)*, 11(1), 62-67.
- Carmona, J. A., Gaviria, J. M. & Layne, B. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Tesis psicológica*, 9(1).
- Carmona, J. A. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339.
- Carmona, J. A., Jaramillo, J. C., Tobón, F. & Areiza, Y. A. (2010). Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas. Fundación Universitaria Luis Amigó - Universidad de San Buenaventura Colciencias. Recuperado de <http://bienalclacso-redinju-umz.cinde.org.co/archivos/MANUAL%20DE%20PREVENCI%C3%93N%20DEL%20SUICIDIO.pdf>
- Carvajal, G. & Virginia, C. V. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. [En línea]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/3121>
- Casullo, M.M., Bonaldi, P. & Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Ceballos-Ospino, G., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K. E. & Sotelo-Manjarrés, A. P. (2014). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22.
- Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe - CEPAL (5 de septiembre de 2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. 7ª edición. México: Prentice Hall.
- Farberow, N.L. (1980). *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill.
- Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas - UNICEF (2005). Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP(2).pdf)
- Garaigordobil, M., Durá, A. & Pérez, J. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- García, F. & Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños adolescentes de 10 a 14 años. *Fundación Infancia y Aprendizaje*, 33(3), 365-384.
- Hanbury, C. & Malti, T. (2011). Monitoring and Evaluating Life Skills for Youth Development. Retrieved from http://www.jacobsfoundation.org/.../Jacobs_ME_Guideline_e

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2014). *Fundamentos de Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia-Forensis (2013). Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3+suicidio.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia-Forensis (2014). Datos para la vida: Suicidio. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JUL.pdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
- Junes, J. (2005). El mundo de las adolescentes, propuestas para observar y comprender. *Revista de Educación Social*, 29, 79-100. Recuperado de <http://www2.peretarres.org/revistaeducacionsocial/articulos/articulo29.pdf>
- Magdaleno, M., Morello, P. & Infante-Espinoza, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, suplemento 1, 132-139.
- Mantilla, L. (2001). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales*. Tercera edición. Colombia: Fe y Alegría.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. & Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental*, 32, 495-502.
- Moya, J. M. (2007). La conducta adolescente y sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *IPSEds*. 1, 29-36. Recuperado de http://www.webs.ulpgc.es/ipseds/IPSE-ds_Vol_1_2008/4.%20Conducata%20Suicida.pdf
- Musitu, G. & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Musitu, G. & García, F. (2001). *ESPA 29. Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA.
- Nock, M. K. (2009). Suicidal behavior among adolescents: Correlates, confounds, and (the search for) causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 237-239.
- Organización Mundial de la Salud - (OMS), en prensa (noviembre de 2011). Salud de los adolescentes (en línea). Recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización Mundial de la Salud - (OMS), en prensa (noviembre de 2014). Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer (en línea). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Organización Mundial de la Salud - (OMS) (1998). Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- Organización Panamericana de Salud - OPS (2008). Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, CE142/13 Rev. 2, 2008.

- Pérez, A. P., Uribe, I., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J. C. & Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida. *Psicología desde el Caribe*, 30(3).
- Periódico *El Tiempo* (20 de septiembre de 2015). Males mentales se ensañan con adolescentes y mujeres. Estudios sobre salud mental revela su vulnerabilidad y lo relaciona con la pobreza y la violencia. Disponible en <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/salud-mental-en-colombia/16380783>
- Restrepo, R. (2010). Un caso de pacto suicida en la historia de Armenia. *Ecología Humana*. En Cátedra abierta: Universidad de San Buenaventura. Recuperado de <http://web.usbmed.edu.co/usbmed/formacion/2010/2010-catedra-abierta-I/otrasedes.html>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, R. (1995). Writing Meta-Analytic Reviews. Recuperado de http://cda.psych.uiuc.edu/writing_class_material/psych_bull_articles/rosenthal.pdf
- Roselló, J. & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 295-302.
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M. A. (2014). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del psicólogo*, 35(2), 181-192. <http://www.papelesdelpsicologoes>
- Sarmiento, S. & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Revista Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. & Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología (Colección Campus Virtual)*. Buenos Aires: Clacso.
- Schaefer, E. (1995). Children's Report of Parental Behavior: An inventory. *Child Development*, 36, 413-434.
- Taber, B. & Zandperl, A. (2001). ¿Qué piensan los jóvenes? Sobre la familia, la escuela, la sociedad, sus pares, el sida, la violencia y las adicciones Una propuesta metodológica. Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas - UNICEF (2005). Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_quepiensanjovenes.pdf
- Vallejo, A., Osorno, R. & Mazadiego, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 91-105.
- Zelaya, L., Piris, L. & Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de maltrato infantil? *Pediatría (Asunción)*, 39(3), 167-172.
- Zubiría, M. (2007). *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes*. Colombia: Editorial Aguilar.