

Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes

Cultural Consensus Regarding Suicide Attempts in Adolescents

Consenso Cultural Sobre Tentativa de Suicidio em Adolescentes

JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA GARCÍA

Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios de Salud del IMSS, México

ROQUE QUINTANILLA MONTOYA

Universidad de Guadalajara, México

LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO

Universidad de Guadalajara, México

TERESITA MORFÍN LÓPEZ

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México

JOSÉ IGNACIO CRUZ GAITÁN

Universidad de Guadalajara, México

Resumen

Este estudio buscó identificar la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural manifestado por los adolescentes sobre el intento de suicidio. Fue un estudio cualitativo de listas libres, con un muestreo propositivo no aleatorizado de 27 adolescentes entre 13 y 18 años. Los resultados evidenciaron un solo modelo semántico. En lo estructural se identificó el problema familiar como una causa importante del intento suicida; las categorías depresión y tristeza se consideraron como signos y síntomas previos a esta tentativa y no como causas. Como estrategias de prevención, se consideró recibir información mediante pláticas o establecer conversaciones sobre los problemas. Este modelo permite proponer estrategias de prevención que privilegien el núcleo familiar.

Palabras clave: intento de suicidio, consenso cultural, creencias sobre suicidio, adolescencia.

Abstract

The objective of this study was to identify the semantic structure of the cultural domain, as well as the average knowledge and degree of cultural consensus among adolescents regarding suicide attempts. It was a qualitative study, using the free-listing technique, with a non-random sample made up of 27 adolescents between the ages of 13 and 18. The results showed a single semantic model. In such structure, family problems were identified as an important cause of suicide attempts, while depression and sadness were identified as signs and symptoms prior to the attempt, rather than as causes. Information talks and conversations about problems were suggested as prevention strategies. This model makes it possible to propose prevention strategies that prioritize the family nucleus.

Keywords: suicide attempt, cultural consensus, beliefs about suicide, adolescence.

Resumo

Este estudo buscou identificar a estrutura semântica do domínio cultural, o nível de conhecimento e o grau de consenso cultural manifestado pelos adolescentes acerca da tentativa de suicídio. Foi um estudo qualitativo com listas livres e uma amostra propositiva, não aleatória, com 27 adolescentes entre 13 e 18 anos. Os resultados evidenciaram somente um modelo semântico. No estrutural identificou-se o problema familiar como uma causa importante para as tentativas de suicídio; enquanto que as categorias depressão e tristeza foram consideradas não como causas, mas como signos e sintomas prévios a esta tentativa. Como estratégias de prevenção foram consideradas a recepção da informação mediante diálogos livres ou mediante conversações sobre os problemas. Esse modelo permite propor estratégias de prevenção que privilegiem o núcleo familiar.

Palavras-chave: tentativa de suicídio, consenso cultural, crenças sobre suicídio, adolescência.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Roque Quintanilla Montoya, e-mail: roque@cucs.udg.mx. Departamento de Psicología Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Sierra Nevada no. 950, puerta 16, edificio H, Planta Alta, Col. Independencia, CP. 44340, Guadalajara Jalisco. México.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
RECIBIDO: 24 DE FEBRERO DEL 2011 - ACEPTADO: 5 DE AGOSTO DEL 2011

LA IMPORTANCIA del aumento de las tasas de suicidio en México y en el ámbito internacional ha provocado que se considere al suicidio un problema de salud pública (Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010; Jiménez & González-Forteza, 2003).

Las tasas de suicidio muestran un incremento en la mayoría de los países en vías de desarrollo (Hawton & Van Heeringen, 2009) y, de acuerdo con datos de la *World Health Organization* (WHO, 2008), es la tercera causa de muerte entre los 15 y 44 años de edad. En el año 2004 las muertes por suicidio fueron de 0.8 millones, lo que representó el 1.4% del total de las muertes (un suicidio cada 40 segundos) y, según proyecciones de la WHO, para el año 2020 estiman esta cifra será del 2.4%.

En México, en el año 1970, la tasa de muerte por suicidio fue de 1.13 por cien mil habitantes; la tasa estandarizada de suicidios aumentó desde 1984 con 1.62/100,000 a 4.95/100,000 en el año 2005, lo que representó un incremento del 193% ($p > .001$); para el año de 2007 se notó un incremento total de 275% con un tasa de 4.12 por cada cien mil habitantes (Borges et al., 2009; Celis, Villarreal, Hernández, Quintanilla & Orozco, 2009).

La conducta suicida durante la juventud es un tema importante que amerita ser abordado. En jóvenes españoles de educación secundaria se observó una frecuencia de ideación suicida del 45% (Amezquita, González & Zuluaga, 2008); en jóvenes coreanos universitarios la frecuencia de ideación suicida fue del 10% en las dos semanas previas a la evaluación, y una frecuencia de intento de suicidio en toda la vida del 3% (Lee, Kim, Choi & Lee, 2008). En 463 estudiantes colombianos encuestados en la ciudad de San Juan de Pasto, se observó una prevalencia de comportamiento suicida en un 30.2%, entre los cuales el porcentaje de ideación suicida fue de 18% y el intento suicida fue de 8% (Villalobos-Galvis, 2009).

En México, Borges et al. (2010) refieren que en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el año 2008, en la que se registró la presencia

actual o pasada de ideación o tentativa suicida, se identificó que en el grupo de edad de 12 a 17 años, el 10.01% presentó ideación suicida y el 1.09% tentativa de suicidio en los últimos 12 meses. Adicionalmente, estos autores refieren que ambas conductas disminuyen conforme a la edad. Coronado-Santos et al. (2004), por su parte, en un estudio sobre intentos de suicidio, señalaron que, de un total de 713 consultas de intento de suicidio, el 53% de los casos fueron mujeres, y de estos casos el 52% tenía entre 15 y 24 años.

En la ciudad de México, en la educación media superior se observó que un 48% de los jóvenes había pensado en la muerte como una posible solución a sus problemas, y que un 9% había intentado suicidarse (González-Forteza et al., 2002). En la ciudad de Guadalajara, México, se identificó que un 12% de estudiantes de bachillerato habían intentado suicidarse (Valadez, Amezcua, Quintanilla & González, 2005). Los datos previos muestran que entre un 3% y un 10% de los jóvenes estudiantes mexicanos ha intentado suicidarse.

A pesar de su importancia como problema de salud pública, el suicidio presenta dificultades en su definición conceptual y en la elaboración de un modelo capaz de explicarlo. El término fenómeno suicida, es la expresión más incluyente y general de todo lo que está asociado con el suicidio. Referirse al comportamiento suicida es hablar de tentativa suicida (acto deliberado de quitarse la vida sin un resultado letal) y suicidio consumado (es el acto de quitarse la vida exitosamente) (Rosales, 2010). Porkorny (1986) habla de tres categorías de conductas suicidas: suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas. Por su parte, Van (2001) considera que este conjunto de comportamientos se puede agrupar bajo el término de suicidabilidad, incorporando aspectos cognitivos y conductuales suicidas. El componente cognitivo incluye cualquier pensamiento de conducta autodestructiva. El componente conductual corresponde al comportamiento de intencionalidad autodestructiva, pudiendo incluir el gesto suicida, el intento suicida o el suicidio consumado.

Sin embargo, subyace el problema epistémico dado por la variedad de definiciones conceptuales y los diferentes modelos que intentan explicar unidimensionalmente las conductas suicidas, al tratar de reducir la convergencia multifactorial del acto social en el acto individual volitivo de quitarse la vida. El acercamiento a la conducta suicida ha privilegiado los estudios de casos con modelos unipersonales; sin embargo, estos modelos no permiten identificar la fundamentación cultural de un conocimiento compartido y las posteriores acciones relacionadas con las conductas suicidas.

Lo anterior nos sitúa en la necesidad de conocer los procesos socioculturales implícitos en la construcción del acto, como el suicidio, y la interpretación social del mismo, un acto que se manifiesta de manera individual pero que se construye y reconstruye en una intercomunicación social-individual.

Las concepciones populares sobre el suicidio (e. g. se suele hablar de conducta suicida como sinónimo de conducta intrépida) representan un reto para el abordaje científico, ya que la aplicación del término a conductas diversas y a sus múltiples consideraciones manifiesta su carácter multicultural¹; como consecuencia, también diversifican las dificultades en su prevención y control, al emplearse sin tomar en cuenta la especificidad cultural de los contextos de atención.

Una perspectiva que puede aportar desde lo social es la de las representaciones sociales y culturales, en tanto nos sitúan en la necesidad de conocer los procesos de construcción social de la realidad. Propuestas como las de Moscovici (1979), Jodelet (1986), Romney, Weller y Batchelder (1986)

y Weller y Romney (1988) sobre las representaciones sociales y culturales, sostienen que son las relaciones que se establecen entre las regulaciones sociales y el conocimiento cultural, dentro de un contexto específico, lo que nos puede ayudar a comprender las estructuras simbólicas encargadas de atribuir sentido a la realidad, y definir y orientar el comportamiento de los individuos, partiendo de cómo el sujeto social aprehende los acontecimientos de la vida diaria; un conocimiento compartido, con sentido común.

Trabajos sobre suicidio bajo este paradigma cultural son escasos. Montes y Montes (2009), desde la perspectiva de las representaciones sociales, identifican que los jóvenes organizan su idea acerca del suicidio a partir de varios elementos en común como: problemas diversos, depresión, baja autoestima y comunicación deficiente. Lester e Icli (1990) realizaron una comparación sobre los mitos populares de suicidio entre estudiantes turcos y norteamericanos de 17 a 24 años de edad, e identificaron que un porcentaje mayor de estudiantes turcos aceptan como verdaderos estos mitos (e. g. “la gente que habla sobre suicidio raramente se suicida”; “si le preguntas directamente a alguien ¿tiene deseos de matarse? esto lo inducirá a cometer intento de suicidio” y “todos los suicidas dejan nota suicida”).

Recientemente, se ha establecido que las creencias culturales de los sujetos participan de manera decisiva en la forma en la que enfrentan un problema de salud (Baer et al., 2003; Salcedo-Rocha, García de Alba & Sevilla, 2008). Estas creencias culturales son consensadas por ciertos grupos poblacionales con mayor o menor consistencia, haciendo que sus acciones coincidan con mayor frecuencia con las creencias culturales (Baer, 1996).

El enfoque de consenso cultural permite reconocer si existe conocimiento compartido en torno a uno o varios modelos semánticos dentro de un grupo social respecto de un dominio cultural, y permite reconocer su estructura y

1 La respuesta cultural ante problemas existenciales y vitales es diversa y varía de cultura a cultura y, aun dentro de una misma cultura, presenta variaciones de acuerdo a circunstancias económicas, sociales y políticas. Por ejemplo, en algunos países de oriente se puede entender como una medida de dignidad y en ciertos países occidentales, como una muestra de hastío por la vida (Moron, 1992).

organización (Borgatti, 1994). Se retoma el concepto de dominio cultural, que en términos semánticos consiste en un conjunto organizado de palabras, conceptos u oraciones, que como unidad se refieren a una sola esfera conceptual (Weller & Romney, 1988). Este enfoque se ha usado para describir el conocimiento de un grupo social en torno a un problema de salud (Salcedo-Rocha, García de Alba & Contreras-Marmolejo, 2010; Weller et al., 2002; Weller et al., 1999).

En este tipo de trabajos la conocida teoría de consenso cultural permite superar la limitación antes mencionada y aporta una nueva dimensión en el estudio del fenómeno suicida en México, ya que ofrece un modelo cognitivo, lógica de pensamiento e interacciones, construido por los propios adolescentes, siendo considerado un modelo cultural propio en torno a las conductas suicidas.

Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural que manifiestan los adolescentes sobre las causas, síntomas y las medidas de prevención del intento de suicidio.

Método

En el presente estudio se empleó un diseño cualitativo y descriptivo. Mediante el uso de entrevistas semiestructuradas individuales se obtuvieron listas libres sobre un dominio cultural, el cual fue analizado con ayuda del software Anthropac® (Borgatti, 1994), para estudios de antropología cognitiva.

Participantes

La muestra estuvo conformada por adolescentes, estudiantes en escuelas públicas de nivel secundario y medio superior (bachillerato) de la ciudad de Guadalajara, México.

Se trabajó con una muestra propositiva, que implica la selección de la muestra más productiva para responder a las preguntas de la

investigación en cuanto a la posibilidad de examinar formas de variación y desviación frente al fenómeno estudiado. El número de participantes fue determinado de conformidad con los criterios de Weller (2007), en los que se considera que una muestra pequeña, como la utilizada, es suficiente para ofrecer un 95% de confianza y 80% de potencia, elementos suficientes para discernir un consenso cultural mínimo de 50.

La muestra se integró por 27 adolescentes (24 mujeres), con un rango de edad de 13 a 18 años (Media: 15.70 años, *DE*: 1.73), con escolaridad media de preparatoria, sin antecedentes de intento de suicidio. Los estudiantes aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado por escrito de sus padres y de ellos mismos. De los participantes, 25 pertenecían a una familia nuclear con 5.7 miembros promedio, y de estas familias en el 63% de los casos el jefe de familia era el padre. Veintidós jóvenes señalaron profesar la religión católica y 10 manifestaron no tener privacidad en su hogar (no tener una habitación individual).

Instrumento

Se diseñó una entrevista semiestructurada con las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las causas por las cuales un adolescente intenta suicidarse? ¿Cuáles son los signos y síntomas previos del suicidio? ¿Qué siente, piensa y hace un adolescente antes de intentar suicidarse? ¿Cuáles serían las medidas de prevención que propones para el intento de suicidio? En cada respuesta se profundizó sobre los conceptos dados, buscando siempre ampliar los contenidos.

Procedimiento

La entrevista se realizó en la escuela a la cual asistían los adolescentes, en un sitio con privacidad, respetando los siguientes principios para realizar el análisis de consenso cultural: (a) un dominio cultural unificado, (b) preguntas estructuradas y simples, y (c)

respuestas individuales e independientes. La duración aproximada de cada entrevista fue de 15 a 20 minutos.

Análisis de Datos

Las respuestas a cada una de las preguntas de la entrevista sobre el dominio cultural del intento de suicidio fueron categorizadas por dos jueces de manera independiente.

De las categorías formadas se obtuvieron las listas libres para cada pregunta. Las listas libres de cada pregunta fueron procesadas mediante el software Anthropac® para el análisis de consenso cultural. Dicho software realizó el análisis componencial y de distancias virtuales asociadas al nivel de conocimiento y consenso cultural alrededor de uno o varios modelos semánticos. Dichos modelos semánticos gravitan alrededor del dominio cultural sobre el intento de suicidio en los adolescentes.

El análisis de los datos buscó si existía o no un solo modelo semántico en el dominio cultural explorado en los adolescentes. Para establecer la existencia de un solo consenso cultural, se determinó una razón de variabilidad mayor o igual a tres veces la del modelo considerado

sobre los posibles modelos obtenidos ($p < .05$). En el caso de la estructura semántica, solo se incluyeron los ítems con más de dos menciones.

Resultados

Las causas atribuidas al intento de suicidio se observan en la Tabla 1. El mayor porcentaje de mención corresponde a (a) *Problemas familiares* con un 42%. Este concepto hace referencia a expresiones como: “cuando no hay dinero en casa”, “los papás tienen problemas entre ellos y a ti te afectan”, “la violencia”, “los papás exigen más”, “el abuso sexual”, “el maltrato”, entre otras. En el segundo lugar en importancia se encuentra (b) *Sentirse solo*, con un 23% de las menciones referidas, con expresiones como: “soledad” o “sentirse solos”. Le siguen en orden de importancia las causas (c) *No le ponen atención*, (d) *Nadie lo comprende*, (e) *Que lo deje el novio/a* y (f) *Sentir que no lo quieren*. Los datos apuntaron a la existencia de un solo modelo cultural compartido por los sujetos sobre las causas del intento de suicidio, con una razón de variabilidad de 12.806. Se encontró consenso en torno a un solo modelo semántico ($p < .01$), que incluye el 90.2% de todas las posibles variaciones de los ítems que lo conforman.

Tabla 1
Listas libres asociadas a causas de intento de suicidio en adolescentes

Categoría identificada		Número de menciones	%
Problemas familiares		11	42
Se siente solo		6	23
No le ponen atención		4	19
Nadie lo comprende		4	15
Que lo deje el novio		3	12
Siente que no lo quiere		3	12
Análisis de consenso			
Modelo considerado	Varianza estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad
1	18.974	90.2	12.806
2	1.482	7.0	2.534
3	0.585	2.8	

Nota: Promedio de conocimiento grupal = 0.852 +/- 0.057

En la Tabla 2 se muestra, en orden porcentual, lo que los participantes consideraron son signos y síntomas previos asociados al intento de suicidio; cabe mencionar que cada sujeto podía nombrar uno o varios signos y síntomas. En primer lugar aparece (a) *Depresión* con un 46% de las respuestas; bajo este concepto se agruparon expresiones como “se sienten deprimidos”, “depresión porque no quieren hablar con nadie” y “depresión al sentirse decaído”. En segundo

lugar está (b) *Sentirse triste*, con un 42%. Le siguen en orden de importancia los signos y síntomas: (c) *Se aparta*, (d) *Se siente solo*, (e) *Callado*, (f) *Agresividad*, (g) *No quiere hablar con nadie*, (h) *No sale a la calle*, (i) *No tiene ganas de nada* y (j) *Falta de apetito*. Los datos apuntaron también a la existencia de un solo modelo cultural sobre los signos y síntomas previos al intento de suicidio, en torno a un solo modelo semántico ($p < .01$), con una razón de variabilidad de 9.529

Tabla 2
Listas libres de signos y síntomas previos asociados al intento de suicidio en adolescentes

Categoría identificada		Número de menciones	%
Depresión		12	46
Se siente triste		11	42
Se aparta		10	38
Se siente solo		5	19
Callado		5	19
Agresividad		5	19
No quiere hablar con nadie		4	15
No sale a la calle		4	15
No tiene ganas de nada		3	12
Falta de apetito		3	12

Análisis de consenso			
Modelo considerado	Varianza estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad
1	16.784	85.4	9.529
2	1.761	9.0	1.577
3	1.117	5.7	

Nota: Promedio de conocimiento grupal = 0.797 +/- 0.098

Tabla 3
Listas libres de qué siente un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada		Número de menciones	%
Tristeza		6	33
Enojo		5	28
Miedo		3	17
Desesperación		3	17
Soledad		3	17

Análisis de consenso			
Modelo considerado	Varianza estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad
1	11.132	83.9	7.599
2	1.465	11.0	2.196
3	0.667	5.0	

Nota: Promedio de conocimiento grupal = 0.782 +/- 0.084

que incluye el 85.4% de todas las posibles variaciones de los ítems que lo conforman.

Las respuestas sobre lo que siente un adolescente antes de intentar suicidarse se observa en la Tabla 3. Ante esta pregunta la expresión más frecuente fue (a) *Tristeza* con un 33% y en segundo lugar (b) *Enojo* con 28%, en el cual se agruparon expresiones como “enojo y coraje”, otras alusiones fueron (c) *Miedo*, (d) *Desesperación* y (e) *Soledad*. Se observó un solo modelo cultural ($p < .01$), con una razón de variabilidad de 7.599 que incluye el 84% de las posibles variaciones de los ítems que lo conforman.

Las alusiones respecto a qué piensa un adolescente antes de intentar suicidarse se observan en la Tabla 4. La más frecuente fue (a) *Sería lo mejor*, con un 27%; en esta categoría se agrupan expresiones como “sería lo mejor aunque tenga miedo”, “sería lo mejor porque ya nadie lo

necesitaría” y “sería lo mejor para arreglar los problemas que tiene”. En segundo lugar los jóvenes consideraron es una (b) *Salida fácil*, con 20%, aquí se integraron alusiones como “una salida fácil a los problemas al decir no puedo más”, “cuando no hallo solución”, “una salida fácil a los problemas”, “para quitarse un problema de encima” y “como muestra de que ya no quiere estar”. Por último, con el mismo porcentaje está la categoría (c) *Planear el suicidio* (esta mención está más asociada con la esfera cognitiva de ideación). Se observó sobre este ítem un solo modelo semántico ($p < .01$), con una razón de variabilidad de 3.103 que incluye el 62% de todas las posibles variaciones.

Las consideraciones sobre qué hace un adolescente antes de intentar suicidarse se observan en la Tabla 5. En primer lugar señalan (a) *Despedirse* con 33%, haciendo referencia a expresiones como

Tabla 4
Listas libres de qué piensa un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada	Número de menciones	%
Sería lo mejor	4	27
Una salida fácil	3	20
Planea como se va a suicidar	3	20

Análisis de consenso			
Modelo considerado	Varianza estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad
1	7.733	61.8	3.103
2	2.492	19.9	1.086
3	2.295	18.3	

Nota: Promedio de conocimiento grupal = 0.658 +/- 0.287

Tabla 5
Listas libres de qué hace un adolescente antes de intentar suicidarse

Categoría identificada	Número de menciones	%
Se despide	6	33
Deja cartas	6	33
Comienza a buscar la manera de suicidarse	3	17

Análisis de consenso			
Modelo considerado	Varianza estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad
1	10.055	74.9	4.657
2	2.159	16.1	1.784
3	1.210	9.0	

Nota: Promedio de conocimiento grupal = 0.739 +/- 0.115

Tabla 6
Listas libres de medidas de prevención del intento de suicidio en adolescentes

Categoría identificada	Número de menciones	%
Llevar pláticas	6	26
Hablar con ellos	6	26
Llevarlos a un psicólogo	5	22
Comunicarse con los papás	4	17
Que los papás los escuchen	3	13
Que platiquen sobre lo que sienten	3	13

Análisis de consenso			
Modelo considerado	Varianza estimada	% de la varianza total cubierto por cada modelo	Razón de variabilidad
1	16.167	87.4	12.485
2	1.295	7.0	1.252
3	1.034	5.6	

Nota: Promedio de conocimiento grupal = 0.831 +/- 0.112

“se despiden”, “se despiden de sus papás” y “se despiden de las personas que quieren”. Con el mismo porcentaje se encuentra (b) *Deja cartas*, con expresiones como “dejan cartas”, “hacen cartas” y “dejan recados”. Por último, los jóvenes mencionaron (c) *Comienza a buscar la manera de suicidarse* (esta mención se relaciona más con la esfera operativa de buscar o adquirir lo necesario) con un 17%. Se observó un solo modelo semántico ($p < .01$), con una razón de variabilidad de 4.657 que incluye el 75% de todas las posibles variaciones.

Las menciones sobre las medidas de prevención del intento de suicidio en adolescentes se muestran en la Tabla 6. La mayor parte de las respuestas están relacionadas con la comunicación. Los participantes consideraron como primera alternativa (a) *Pláticas*, con un 26% de expresiones, entendido como llevar pláticas y conferencias a la escuela, dar pláticas a los adolescentes. En segundo lugar y con el mismo porcentaje de expresiones se encuentra (b) *Hablar*, empleando expresiones como “hablar con ellos” y “hablar con los adolescentes”. Otras propuestas fueron: (c) *Llevarlos al psicólogo*, (d) *Comunicarse con los papás*, (e) *Que los papás los escuchen* y (f) *Que platiquen sobre lo que sienten*. Se observó un solo modelo semántico ($p < .01$), con una razón de variabilidad de

12.485 que incluye al 87% de todas las posibles variaciones de los ítems que lo conforman.

Cabe señalar que el conocimiento promedio de los modelos de consenso varió de 0.658 a 0.852, es decir, siempre fue superior al 50% del grupo total.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar en una población que no ha intentado suicidarse la estructura semántica de las causas del intento de suicidio, los signos y síntomas previos al mismo, qué siente, piensa y hace un adolescente antes de intentar suicidarse, y las medidas de prevención del intento de suicidio en este grupo.

La investigación de la conducta suicida desde la perspectiva de modelos de consenso cultural es novedosa. Este estudio señala que la estructura semántica de los adolescentes sobre las causas del intento de suicidio en su propio grupo etario está conformada por los problemas familiares, el sentimiento de soledad, y la falta de atención y de comprensión. Los pocos estudios sobre creencias o representaciones sociales del suicidio coinciden en que problemas diversos o asociados a deficiencias en la comunicación son causales de las conductas suicidas (Montes & Montes, 2009).

Como se mencionó anteriormente, se observó un solo modelo cognitivo y un consenso cultural significativo sobre las causas del intento de suicidio, en el que sobresale la problemática familiar. En latinos inmigrantes en Estados Unidos se observó una correlación positiva entre los intentos de suicidio en mujeres adolescentes y conflictos familiares (Fortuna, Perez, Canino, Sribney & Alegria, 2007). Pareciera que las conductas suicidas en los jóvenes se activan con frecuencia por un conflicto real o anticipado entre el adolescente y sus padres o hermanos mayores (Hezel, 1987), lo cual es constatado por el modelo de conocimiento compartido por los jóvenes entrevistados en el presente estudio, que consideran que los problemas familiares son la causa más importante del intento de suicida.

Adicionalmente, cuando un adolescente afirma como causa del intento suicida que se siente solo, no le ponen atención, nadie lo comprende o siente que no lo quieren (69% de los motivos señalados), y/o cuando señala que lo dejó el novio(a) (con un 12%), indica la importancia que para él o ella tiene la ruptura de una relación interpersonal significativa ante una jerarquía de autoridad o emocional. Desde la perspectiva etnosemántica el intento suicida emerge como una respuesta cultural a situaciones específicas, casi siempre por la confrontación con personas significativas o importantes como son los padres, las únicas excepciones se dan cuando se padece en forma seria y mal tratada una enfermedad mental (Béhague, 2009).

Respecto a los síntomas y signos previos al intento de suicidio en los adolescentes, se identificaron en la estructura semántica la depresión, la tristeza y el apartarse de los demás como las evidencias más importantes, e igualmente se identificó un solo modelo cognitivo y un alto consenso cultural entre los adolescentes. En otras palabras, la cognición compartida de los signos y síntomas del intento de suicidio puede verse como un rasgo extremo pero “ordinario” en el contexto de una cultura que prohíbe dar

salida a los sentimientos negativos hacia personas con jerarquía e importancia emocional, como los padres, y cuyos síntomas previos son, según el modelo de los jóvenes que participaron en este estudio, depresión, tristeza, apartarse, sentirse solos, callados, agresivos, no querer hablar, no salir, no querer hacer nada ni comer. En otras palabras, todos ellos llevan el mismo mensaje. El constreñimiento cultural de la expresión de ciertos sentimientos negativos en la familia erige un estatus para evitar las manifestaciones de hostilidad y mantener una “paz”, reduciendo a su vez los mecanismos de defensa y haciendo a ciertas personas más vulnerables a las lesiones de otros (Howard, 1979; Zayas & Pilat, 2008).

Pareciera que estructuras familiares rígidas con énfasis en modos de crianza restrictivos o autoritarios complican la adaptabilidad de los jóvenes, particularmente de las mujeres adolescentes al intentar apegarse a la construcción cultural de la feminidad (Fortuna et al., 2007). Este ambiente produce la necesidad de reconocimiento, sobre todo en aquellos que perciben que su pertenencia al grupo familiar es débil o marginal. Aquí el intento de suicidio se transforma en un acto prominente de la vida cotidiana, siendo una posibilidad más al alcance de los jóvenes.

El consenso en este dominio cultural orienta a una dinámica en la cual el adolescente podría experimentar un desaire o negativa de una demanda que es antecedida por relaciones previas de violencia o de rechazo, en la que la respuesta emocional no es de enojo sino de melancolía y autocompasión, acompañada de frustración y desesperanza, que lo conducen a considerar la autodestrucción como la mejor estrategia, dejando finalmente un comunicado o despedida.

No es ninguna coincidencia que la edad adolescente sea la misma que dé inicio de manera exponencial a la adquisición de factores de riesgo (Salcedo-Rocha et al., 2010) y de enfermedad mental grave (Hezel, 1987). En una sociedad edad-alienada (donde se desprecia al viejo y se idolatra a la juventud) el joven es particularmente vulnerable.

Tratar de establecer una asociación causal simple entre la sociedad contemporánea (entendida como mundo de vida) y las conductas suicidas es un reduccionismo, por lo que se propone que la propensión a dichas conductas debe buscarse en la cultura, y la explicación del incremento de las conductas suicidas en los últimos años puede buscarse en los cambios socioeconómicos recientes (desestabilizadores de la dinámica familiar), dado que los casos de suicidio presentan básicamente la misma distribución que la población general en lo que se refiere a la edad, educación y estrato social (Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio, 2005). Los datos obtenidos por consenso destacan la importancia de lo cultural, pues no se distingue un efecto de modernización que agrupe a las personas que cometen o intentan el suicidio y a las no suicidas (Hezel, Rubinstein & White, 1985). Se puede entender que las conductas suicidas están incluidas en el patrón cultural de respuesta a situaciones de conflicto interpersonal (Goldston et al., 2008), es decir, los jóvenes estudiados aceptan la centralidad de las relaciones familiares y se exponen de forma similar a las oportunidades y estrecheces de la modernización; pero al parecer, los jóvenes, que consideran el intento de suicidio como opción, llevan la tradición al extremo en el momento de tomar la decisión de morir.

Desde la óptica de la problemática familiar, el presente estudio identifica que de las relaciones que molestan a los jóvenes considerados en riesgo de presentar conductas suicidas, las relaciones con los padres aparecen como las más importantes (42%), lo cual lleva a preguntar ¿será que actualmente son más intensas y/o frecuentes que en el pasado?, ¿los jóvenes encuentran más motivos para discrepar? o ¿los márgenes de diálogo se han estrechado?

Es indudable que el cambio socio-económico-cultural, concomitante con expectativas y oportunidades por parte de los jóvenes y sus padres, ha contribuido a un incremento de las

tensiones, en el cual los jóvenes han adquirido el concepto ético de los derechos originario de la sociedad norteamericana, ante la tradición mexicana de respeto y autoridad lineal, en la que se juzga la actuación con base en el cumplimiento de las obligaciones familiares en lugar de disipar su energía en “otras cosas” (sobre todo en las que los adultos consideran no productivas y sí consumistas) (Balis & Postolache, 2008; Hezel, 1987). Es decir, actualmente, en un contexto de crisis, la guía familiar (familia nuclear, con hacinamiento) es de orden económico, a diferencia de la familia tradicional (extensa), en la que se podía tener una actitud más relajada hacia los hijos, debido a los diferentes apoyos y roles de sus miembros para su educación y para el sostenimiento de sus necesidades en la etapa difícil de la adolescencia.

Por eso es inadecuado o impreciso considerar que el incremento de conductas suicidas se debe a un choque de valores generacionales, si bien antes habían pocos aspectos en que discrepar (sobre todo en una sociedad tradicional), actualmente no es razonable atribuir el incremento solo al aumento de conflictos, sino más bien considerar que los mecanismos culturales han disminuido en su efectividad para disipar conflictos familiares (la mediación de miembros de la familia extensa, como los abuelos y los tíos, en los conflictos entre padres e hijos) y que los cambios de la actual estructura familiar (nuclear, monoparental o reconstruida) desempeñan un papel en las conductas suicidas. El suicidio no se puede considerar como un simple fenómeno generacional (Rubinstein, 1983).

Es en el contexto de estructuras familiares cambiantes que los problemas se afrontan en un marco de poca tolerancia (Salcedo-Rocha, 2010), debilitando la red de linaje y autoridad; los hijos son más proclives a buscar satisfacciones y apoyo fuera del linaje, a la vez que se les solicita más apoyo hacia la familia nuclear. Esta situación cambiante facilita *in situ* la aparición de conductas suicidas, pues no hay factores de protección que eviten personalizar los problemas y ahondar

el historial de los conflictos familiares, sin mediación (o mediador) alguno.

Los cambios al parecer tienden a aumentar la probabilidad de tensión en lugar de reducirla o prevenirla, en los cuales la superación con base en bienestar y ciertos reconocimientos para los jóvenes, quienes expresan consenso acerca de la comunicación padres-hijo, la orientación y la atención profesional son necesarios para prevenir el suicidio.

Conclusiones

En los adolescentes participantes se evidenció un solo modelo semántico consensado acerca de las causas, signos y síntomas del intento de suicidio, qué piensa, siente y hace el adolescente antes de intentar suicidarse y las medidas de prevención. Todos los modelos con valores entre 0.65 y 0.85.

En lo referente a las causas del intento suicida, los adolescentes coincidieron en que los problemas familiares son la causa más importante, seguida de soledad e incompreensión. Sobre los signos y síntomas, mencionan depresión y tristeza en primer lugar y después identifican conductas de aislamiento y silencio. Culturalmente los conceptos depresión y tristeza están íntimamente ligados como signos y síntomas previos al intento de suicidio, más no como causa. Sobre esta pregunta quizá valdría la pena ponderar por separado signos y síntomas en posteriores estudios, ya que ante la pregunta qué siente un adolescente antes de intentar suicidarse, mencionan en orden de importancia, nuevamente, a la tristeza, seguida del enojo, el miedo y la desesperación.

Acerca de qué piensa un adolescente antes de suicidarse, el modelo semántico se agrupó alrededor de la consideración de que sería lo mejor o una salida fácil a un problema. A este respecto es interesante que los participantes no hablaran acerca de lo que podría pensar sobre sí mismo, la familia, los amigos o sobre lo que pasará después de su muerte. Es probable que este modelo se deba a que la muestra se

conformó con adolescentes sin antecedentes de intento de suicidio.

Con respecto al consenso obtenido acerca de qué hace un adolescente antes de intentar suicidarse, el modelo se agrupó alrededor de la creencia de despedirse y dejar cartas póstumas. El último modelo, sobre la prevención del intento de suicidio, se agrupó alrededor del diálogo con profesionales (e. g. psicólogos), con los papás o con quienes le rodean.

El análisis del consenso cultural ofrece alternativas para proponer estrategias de prevención de la conducta suicida adecuadas culturalmente para los adolescentes, en las que el núcleo familiar es el espacio privilegiado en el que se puede intervenir de manera preventiva. Los propios jóvenes señalan su acuerdo cultural sobre el diálogo y la expresión de los sentimientos como opciones de prevención del intento de suicidio. Además, se requiere efectuar un esfuerzo transdisciplinar de integración investigativa y política social, para evitar intervenciones con base en ensayo y error, y proponer estrategias ajustadas a los diversos grupos sociales en los cuales se manifiesta la conducta suicida.

Los resultados de este estudio, razonablemente, deben limitarse al grupo sociocultural estudiado (estudiantes de nivel secundario y bachillerato de la ciudad de Guadalajara). Adicionalmente, es necesario tener presente que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, lo que puede generar un sesgo en los resultados encontrados.

El sesgo informativo de los investigadores fue subsanado por la técnica de listas libres, lo que permitió a los participantes en el estudio expresarse sin limitaciones sobre el dominio cultural del intento de suicidio, sus causas, signos y síntomas, así como sobre las estrategias de prevención. Sería relevante para estudios posteriores evaluar el consenso cultural en padres de adolescentes, así como en adolescentes que cometieron previamente intento de suicidio.

La aportación metodológica de este tipo de estudios cualitativos consiste en un acercamiento científico a las concepciones culturales de la población, en la que de manera simple y de libre expresión se tiene acceso fácil a los conceptos y creencias de los participantes sobre un dominio cultural.

Referencias

- Amezquita, M. E., González, R. E. & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143-153.
- Baer, R. (1996). Medical anthropology and health in Latin America. *Reviews in Anthropology*, 25 (4), 233-239.
- Baer, R. D., Weller, S. C., Garcia de Alba, J., Glazer, M., Trotter, R., Pachter, L. & Klein, R. E. (2003). A cross-cultural approach to the study of the folk illness Nervios. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27 (3), 315-337.
- Balis, T. & Postolache, T. T. (2008). Ethnic differences in adolescent suicide in the United States. *International Journal of Children Health and Human Development*, 1 (3), 281-296.
- Béhague, D. P. (2009). Psychiatry and politics in Pelotas, Brazil: The equivocal quality of conduct disorder and related diagnoses. Regional variations in Latino description of susto. *Medical Anthropology Quarterly*, 23 (4), 455-482.
- Borgatti, S. P. (1994). Cultural Domain Analysis. *Journal of Quantitative Anthropology*, 4, 261-278.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública*, 52, 292-304.
- Celis, A. J., Villarreal, L. S., Hernández, J. M., Quintanilla, R. & Orozco, M. J. (2009). *El suicido en México entre 1979 y 2005. Un análisis epidemiológico*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Coronado-Santos, S., Díaz-Cervera, I., Vargas-Ancona, L., Rosado-Franco, A., Zapata-Peraza, A. & Díaz-Talavera, S. (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horan", de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*, 15, 207-213.
- Fortuna, L., Perez, D., Canino, G., Sribney, W. & Alegria, M. (2007). Prevalence and correlates of lifetime suicidal ideation and attempts among Latino subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 572-581.
- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H. & Hagayama, G. C. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychology*, 63(1), 14-31.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P. & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-81.
- Hezel, F. X. (1987). In search of the social roots of mental pathology in Micronesia. En A. B. Robillard & A. J. Marsella (Ed.), *Contemporary issues in mental research in the pacific islands* (pp. 12-31). Honolulu: Social Science Research Institute, University of Hawaii.
- Hezel, F. X., Rubinstein, D. H. & White, G. M. (1985). *Culture youth and suicide in the Pacific: Papers from an East-West Center conference*. Honolulu: Pacific Islands Studies Program, Center for Asian and Pacific Studies, University of Hawaii.
- Howard, A. (1979). Polynesia and Micronesia in psychiatric perspective. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 16, 123-145.
- Jiménez, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto de Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35-46.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología*

- gía Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Lee, H. S., Kim, S., Choi, I. & Lee, K. U. (2008). Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean College Students. *Psychiatry Investigation*, 5, 86-93.
- Lester, D. & Icli, T. (1990). Beliefs about suicide in American and Turkish students. *The Journal of Social Psychology*, 130(6), 825-827.
- Montes, S. G. & Montes V. G. (2009). El Pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14 (2), 311-324.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. México: Edit. Publicaciones Cruz.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires. Huemul.
- Porkorny, A. D. (1986). A scheme for classifying suicidal behaviors. En G. L. Villardón, *Pensamiento de suicidio en la adolescencia* (pp. 30-31). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en Jalisco. (2005). *Compendio de investigación sobre el fenómeno suicida en Jalisco, México*. Guadalajara: México.
- Romney, A. K., Weller, S. C. & Batchelder, W. H. (1986). Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. *American Anthropologist*, 81 (2), 313-338.
- Rosales, J. C. (2010). La investigación del proceso suicida. En L. L. Eguiluz, M. H. Córdova & J. C. Rosales (Eds.), *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento* (pp. 81-94). México, D. F.: Editorial Pax.
- Rubinstein, D. H. (1983). Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Social Science and Medicine*, 17 (10), 657-665.
- Salcedo-Rocha, L. (2010). Epigenética de las enfermedades crónicas prevenibles ¿dinámica entre lo que permanece, lo que cambia y lo probable? *Boletín UISESS*, 11 (2), 1-3.
- Salcedo-Rocha, A. L., García de Alba, J. E. & Contreras-Marmolejo, M. (2010). Presión arterial en adolescentes mexicanos: clasificación factores de riesgo e importancia. *Revista de Salud Pública*, 12 (4), 612-622.
- Salcedo-Rocha, A. L., García de Alba, J. E. & Sevilla, E. (2008). Dominio cultural de auto cuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Revista Saúde Pública*, 42 (2), 256-264.
- Valadez, I., Amezcua, R., Quintanilla, R. & González, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 69-78.
- Van, K. (2001). The suicidal process and related concepts. En K. Van (Ed.), *Understanding suicidal behavior. The suicidal process: Approach to research treatment and prevention* (pp. 3-14). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Villalobos-Galvis, F.H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 31, 165-171.
- Weller, S. C. (2007). Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions. *Field Methods*, 19 (4), 339-368.
- Weller, S. C., Baer, R. D., Pachter, L., Trotter, R., García de Alba, J. E. & Glazer, M. (2002). Regional variations in Latino description of Susto. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 26 (4), 406-429.
- Weller, S., Baer, R., Pachter, L. M., Trotter, R., Glazer, M., Garcia de Alba, J. & Klein, R. (1999). Latino beliefs about diabetes. *Diabetes Care*, 22 (5), 721-728.
- Weller, S. C. & Romney, A. K. (1988). *Systematic data collection qualitative research methods series 10*. USA: Sage publications.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_coveorTOC.pdf
- Zayas, L. H. & Pilat, A. M. (2008). Suicidal behavior in Latinas: Explanatory cultural factors and implication for intervention. *Suicide Life Threatening Behavior*, 38 (3), 334-342.