



16/2ej
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FANTASIAS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES
DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ANA MARIA NAVARRO ROJAS**

DIRECTOR DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-M.



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI MADRE:

**Por todos sus esfuerzos, sacrificios y amor que hacen que vea realizada
esta meta de mi vida.**

Todo lo mejor de mi. A.

A LA ASESORA DE TESIS:

Con Afecto y agradecimiento por su gran ayuda y
asesoría para la realización de esta tesis.

A MIS COMPAÑEROS DE GENERACION:

Por los inolvidables momentos que nos unieron
e hicieron posible que hoy un sueño se cumpla.

Felicidad: expresarla significa ponerla en tela de juicio,
tan sólo tomarla en consideración, es someterla a
prueba, tentor al destino.

Lo mismo sucede con la desgracia, pero, al contrario
de la felicidad, el formularla trae consigo la esperanza
de que se aleje de nosotros.....

AA

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	
CAPITULO I ADOLESCENCIA	
1.1 Definición	1
1.2 Aspectos físicos y orgánicos.	2
1.3 Aspectos psicológicos.	4
1.4 Adolescencia, familia y sociedad.	15
1.5 Etapas del desarrollo desde un punto de vista Psicodinámico. (Freud, Sullivan, Aberastury, Blos).	18
CAPITULO II DEPRESION EN ADOLESCENTES	
2.1 Definición de depresión, características.	26
2.2 Depresión en la Teoría Psicoanalítica.	29
2.3 Depresión en adolescentes.	30
CAPITULO III DEPRESION Y SUICIDIO	
3.1 Definición de suicidio e intentos suicidas.	34
3.2 El suicidio desde el punto de vista Psicoanalítico	38
3.3 Depresión y suicidio.	44
CAPITULO IV FANTASIAS INCONSCIENTES	
4.1 Concepto de fantasías inconscientes.	54
4.2 La fantasía como contenido primario de los procesos mentales inconscientes.	54
4.3 Fantasía y Mecanismos de defensa.	58
4.4 Las fantasías inconscientes del suicidio.	64

CAPITULO V METODO.	70
CAPITULO VI RESULTADOS.	87
ANALISIS DE RESULTADOS.	106
ANALISIS DE CASOS.	109
DISCUSION.	117
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	119
BIBLIOGRAFIA	I

INTRODUCCION

El propósito de la presente investigación es apreciar de alguna manera la presencia de fantasías relacionadas con suicidio o conductas autodestructivas en el adolescente; donde se considera que las fantasías funcionan como un escape de las dificultades de la vida real hacia un mundo ficticio en el cual los propios deseos pueden ampliarse en la imaginación.

A la vez, el interés principal de la presente investigación radica en reconocer la importancia merecen las motivaciones inconscientes del suicidio, o del intento de suicidio en el adolescente; sin dejar de lado a la familia y a la sociedad, ya que el papel que desempeñan en la prevención de las conductas autodestructivas es de singular y relevante importancia.

Lo anterior adquiere vital importancia cuando éstas fantasías pretenden llevarse al campo de la realidad bajo la forma de conductas autodestructivas (intento de suicidio o suicidio); el manejo de lo anterior se llevó a cabo a través de las fantasías del adolescente al respecto del suicidio, siendo éstas a menudo un medio para obligar a los otros a expresar su amor hacia ellos, incluso después de la propia muerte, es decir, que el comportamiento autodestructivo se ve como un medio de comunicar a otros diversos sentimientos, demandas o súplicas. (Stenget, 1965)

Un punto importante, considerado al realizar la presente investigación es, que el fenómeno del suicidio y los intentos de suicidio entre los adolescentes ha aumentado en cuanto a su frecuencia; en México, durante la década de los 70's, fueron los jóvenes de entre 15 y 19 años los que proporcionaron las tasas más elevadas a este respecto.

Aunque los desórdenes depresivos de los adolescentes no son diagnosticados con frecuencia, estudios realizados con éstos indican que un 40 % puede experimentar ciertos sentimientos de tristeza, inutilidad o pesimismo acerca del futuro. Además, entre los adolescentes que asistían a clínicas y hospitales, menos de un 10 % recibía el diagnóstico de estar principalmente deprimido, pero casi la mitad manifestaba las características depresivas de melancolía, autodesprecio, ataques de llanto y preocupación o intentos suicidas.

En estos estudios se manifiesta que éstos síntomas son bastante comunes entre los adolescentes, y es la depresión, quien provoca mayores riesgos de conducta suicida, por lo tanto, los fenómenos depresivos son importantes por su frecuencia y por sus implicaciones en los suicidios y en los intentos suicidas.

En este punto se considera importante revisar el enfoque psicoanalítico, que explica algunas de las causas del suicidio en base a la depresión y la ira que el sujeto experimenta contra alguna persona que representa su objeto amoroso.

Así mismo, se considera la relevancia que tiene en esta etapa de la vida la depresión, que con frecuencia aqueja al adolescente; para poder determinar si ésta tiene alguna influencia sobre la conducta autodestructiva del adolescente, ya que los estudios psicológicos aun no han dado una respuesta definitiva a la pregunta de ¿cuáles son los factores que diferencian a los adolescentes con tendencias suicidas de los adolescentes deprimidos?, dado que no todos los adolescentes deprimidos se suicidan o intentan hacerlo. Por lo que es conveniente contribuir a la formulación de técnicas que faciliten un acercamiento al conocimiento de las motivaciones tanto conscientes como inconscientes, ya que cada una de éstas contribuyen de manera importante a las tendencias autodestructivas de un sujeto.

De igual forma, se pretende contribuir, aunque en forma limitada al mejor conocimiento general de la conducta del adolescente y sobre todo, obtener datos que puedan servir de incentivo para futuras investigaciones. En lo referente a los instrumentos de trabajo, principalmente el TAT y la entrevista, se pretende ayudar, limitadamente también, a valorar sus alcances en el medio escolar mexicano, pues se ofrecen datos acerca de la posible detección de las fantasías y da una muestra de respuestas al TAT de dos grupos específicos.

1.1 DEFINICION

El estudio de la adolescencia constituye uno de los capítulos más importantes de la psicología genética. Se puede considerar dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento a la madurez.

La palabra adolescencia "procede del verbo latino *adolescere*" que significa crecer, desarrollarse. Según la etimología de la palabra que la expresa, la adolescencia tendría como fenómeno característico y dominante, los cambios morfológicos y funcionales que constituyen el proceso de crecimiento". (Ballesteros, 1971)

Para E. Hurlock (1976) constituye una etapa de desprendimiento "que abarca desde la madurez sexual hasta el logro de la independencia respecto a los padres". Según C. Kolb (1971), la adolescencia es un periodo en el que se hacen exploraciones, intentos y esfuerzos para buscar las decisiones definitivas que establecerán la identidad adulta del individuo".

Con frecuencia la adolescencia es definida como la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta. Si embargo, esta definición no es del todo exacta, pues implica que estos dos periodos de la vida están claramente delineados y que la adolescencia es un periodo que comienza cuando acaba la niñez y se completa al alcanzar la edad adulta. Por esto, dada la gran variedad de definiciones que en cuanto a la adolescencia se refieren, esta vista que este periodo del desarrollo humano es muy difícil de definir. Más aún, la naturaleza misma de la adolescencia implica cierta falta de claridad y resistencia a cualquier definición. Con todo, el término adolescencia se usa para referirse generalmente a un vasto periodo de acelerado crecimiento físico y psicológico. Su comienzo puede ser determinado mediante la observación de los cambios físicos, este periodo se inicia generalmente alrededor de los 10 años en las niñas y alrededor de los 12 en los varones. Estudios clínicos muestran que las modificaciones de la estructura psicológica tienen lugar aproximadamente a la par que los cambios físicos.

La adolescencia es un período del desarrollo humano que se caracteriza por la presencia de cambios biológicos, psíquicos y conductuales que provocan inconsistencia en el estado de ánimo, con cambios bruscos y extremos, pasan del llanto a la risa sin saber porqué. Se vive crisis de identidad que orilla al sujeto a hacer intentos y esfuerzos para tomar decisiones definitivas con respecto a lo que será su identidad adulta. (Kaplan, 1980)

Inhelder y Piaget (1978) nos dicen que en la adolescencia el sujeto pasa del pensamiento concreto, que se centra en lo - real aquí y ahora-, al pensamiento formal, donde se alcanza a ver las transformaciones posibles y se es capaz de imaginar y deducir a partir de un hecho real, lo que permite al sujeto prever y planear hacia el futuro.

En la adolescencia se acentúa en el sujeto la necesidad de comunicación social y de autoafirmación, por lo que pasa a ocupar una posición intermedia entre la familia y la sociedad. Es precisamente la ruptura de esta posición intermedia la que marca la entrada del sujeto a la adolescencia, que se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es la etapa en la que el impulso sexual y el impulso reproductor se unen en un solo instinto, en el cual se determina la identidad personal, se establece la posibilidad de comunicación emocional y afectiva profunda más allá del núcleo familiar, se logra el desarrollo de relaciones objetales adultas -sin búsqueda de dependencia- y por último se ejerce la heterosexualidad.

Lo principal es que la adolescencia es algo más que pubertad física, aunque en gran medida se basa en ella. Implica crecimiento, que exige tiempo. Y mientras se encuentra en marcha el crecimiento las figuras paternas deben hacerse cargo de la responsabilidad. Si abdican, los adolescentes tienen que saltar a una falsa madurez y perder su máximo bien: la libertad para tener ideas y para actuar por impulso.

1.2 ASPECTOS FISICOS Y ORGANICOS

Los signos que evidencian el inicio del proceso adolescente son fundamentalmente físicos.

En principio, tenemos que hay, entre los 12 y 16 años y dependiendo de factores orgánicos, hereditarios y de género, un aumento notable de peso y talla. Aquí se da una diferenciación entre ambos sexos ya que la mujer se adelanta al varón y con frecuencia su peso y talla definitivos se alcanza en esta época, en tanto el hombre no alcanza su peso y talla definitivos sino hasta tres o cuatro años después. En México, el aumento de talla en la mujer se inicia a los 10 años, mientras que el del varón empieza a los 14. Respecto al peso, la superioridad femenina se mantiene hasta que el varón cumple los 16. (Menéndez, 1986)

Es importante tener presente que el crecimiento no se da al mismo ritmo y en forma continua en todas las edades, sino que existen épocas de expansión de estructura orgánica específica que corresponden a diferentes partes del cuerpo. (Menéndez, 1986)

En el proceso de crecimiento óseo, son los huesos largos y el cuerpo de los mismos los que primero evolucionan; el crecimiento articular es posterior. Esto provoca incoordinación muscular, frecuente en la adolescencia, y por tanto generadora de conflicto psíquico ya que hay una sensación de extrañeza del propio cuerpo.

También aparecen los caracteres sexuales secundarios: en la mujer crecen los senos, se ensancha la cadera, aparece el vello púbico y axilar; en el hombre se engruesa la voz, se ensancha la espalda y hay crecimiento general del vello en todo el cuerpo; aparecen barba, bigote, vello axilar y púbico.

El sistema endocrino es el responsable de los cambios biomorfológicos y psicológicos que caracterizan a la adolescencia. La hipófisis al liberar las hormonas gonadoestimulinas excitan las gónadas que influyen en el desarrollo y funcionamiento de los órganos sexuales. La presencia de las hormonas sexuales en el torrente sanguíneo estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la diferenciación morfológica entre el varón y la mujer.

La hipófisis regula el buen funcionamiento de todo el sistema y posee además de otras hormonas, las del crecimiento.

Otra característica de la adolescencia es el crecimiento acelerado y a veces desproporcionado que se opera en la primera fase de la pubertad, ocasionado por la influencia de la somatotropina hipofisaria; el crecimiento continuo hasta que las hormonas sexuales intervienen en la osificación de los cartílagos de conjugación.

La liberación de hormonas sexuales gonadotrópicas provocan la maduración de las glándulas sexuales y el inicio del poder reproductor: los ovarios produciendo estrina y progesterona; y los testículos produciendo testosterona. Estas hormonas permiten el inicio y desarrollo de los caracteres sexuales primarios, maduración del órgano reproductor; y secundarios, modificación de voz y estructura pélvica y distribución de grasa.

1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

IDENTIDAD

En la lucha por la independencia, el adolescente está luchando por su identidad, por una imagen clara de sí mismo. Cada persona quién es, esa es su identidad.

Erikson(1980), define la identidad personal o identidad yoica como una sensación continua de quien es y de qué cosa es uno.

El concepto de sí mismo en el adolescente es relativamente plástico, se desarrolla y organiza según sus experiencias, así la identidad personal emerge como un rasgo central de su personalidad.

En un principio la identidad se modela por la experiencia que influye en el concepto de sí mismo, pero a medida que la sensación de identidad se hace más fuerte, se produce un giro, de modo que la identidad comienza a modelar las experiencias.

Los factores organizadores de la identidad son los intereses, los valores morales y religiosos, las elecciones y predisposiciones vocacionales, los motivos de logros que con ellos se vinculan, así como el desempeño de su papel sexual en la sociedad.

La vivencia de esta etapa es diferente en cada adolescente ya que cada uno es entidad única, conformada en virtud de características genéticas, sociales, económicas y culturales específicas. Aun así, existen características conductuales y emocionales que pueden ser consideradas como universales pues de un modo u otro se presentan en todos los adolescentes.

Uno de los primeros cambios a los que se tiene que enfrentar el adolescente es el evidente cambio corporal con las consecuencias que éste acarrea. No sólo es perder el cuerpo infantil de conocidas proporciones y alcances que domina, y encontrarse con un cuerpo que crece tan aceleradamente que se vuelve extraño a pesar de ser propio. Es también darse cuenta que ya no es niño, ahora se espera más de él pues obtiene nuevas capacidades, se espera que deje de depender del núcleo familiar para asumir nuevas responsabilidades ante la sociedad y ante sí mismo.

La primera impresión es pues de pérdida, se pierde el cuerpo infantil, se pierde el rol infantil, en pocas palabras; se pierde la propia identidad. Para E. Erikson (Erickson,1980) ser adolescente es vivir en crisis de identidad, y la búsqueda de ésta lo mantiene en constante tensión. Para A. Aberastury y M. Knobel (1978), la tarea principal del adolescente será la elaboración de tres duelos: duelo por la pérdida del cuerpo infantil, duelo de pérdida del rol infantil y duelo por la pérdida de los padres protectores y omnipotentes.

Cuando el adolescente se descubre a sí mismo, se da cuenta que no piensa igual que los demás y entra en una etapa de cambios emotivos porque se siente extraño, diferente y a veces hasta enfermo. Se da cuenta que para lograr su identidad debe tenerse el doble movimiento del conocimiento de sí mismo y de la interacción con los demás.

El adolescente logra un avance importante cuando toma conciencia de su propio ser, de sus posibilidades y limitaciones. "Es saber que tengo un destino propio y que no es comunicable, por lo que tengo que vivirlo. Es ser yo pero con los demás".

Para confirmar su identidad, el joven procura llamar la atención y conseguir que los demás se fijen en él.

Durante el proceso de identidad el adolescente se enfrenta con el medio social y se provocan dos reacciones fundamentales:

a) Repliegue Los cambios bruscos de temperamento determinan que el sujeto no se comprende así mismo, condición que lo lleva a aislarse. Se encuentra tan absorto en sus pensamientos que es frecuente sorprenderle pensando en voz alta. Hay una ruptura en la secuencia de sus actividades cotidianas tanto dentro de la familia como con los amigos y en la escuela.

b) Oposición El adolescente descubre que es capaz de pensar por sí mismo, que es un ser autónomo que puede ser independiente, por lo que se atreve a expresar su desacuerdo e inconformidad con los adultos.

En esta etapa el adolescente dice que no a todo; defiende argumentos por el deseo de hacerlos, sin que necesariamente este de acuerdo. Pone en tela de juicio las conductas establecidas por los adultos, rompe con sus costumbres, se vuelve autocrítico y trata de organizar su vida sin necesidad de la aprobación familiar; plantea y se abre horizontes hacia el futuro, oponiéndose a lo ya establecido.

E. Erikson (1980), menciona que el adolescente vive en la etapa de la "identidad versus confusión" en la que obtiene la consolidación de su personalidad y de este modo garantiza el desarrollo ulterior del yo, de no ser así la posibilidad de lograr esto se pierde. Erikson explica que la identidad se inicia cuando el ser es engendrado, siendo después uno con la madre hasta que poco a poco se comprende como algo aparte; así llega a saberse diferente de todos los demás. El proceso de identidad se da a través del contacto con el medio externo y no termina nunca.

La identidad se vive de acuerdo a los intereses del sujeto, se obtiene del contacto y el aprendizaje con los padres y el medio social. Se tiene la necesidad de llegar a ella por un sentimiento de continuidad personal dentro de un contexto tanto social como histórico. La identidad también posee un aspecto negativo que surge cuando se pierde la posibilidad de vivir una integridad garantizada y se expresa en forma de rechazo específico contra lo que se introyecta como no deseado. (Erickson, 1980)

NARCISISMO

El arribo a la adolescencia marca una etapa en la que el amor y la protección paternal ya no puede ser la única fuente de gratificación y amor. Ahora el joven tendrá que aprender a asegurarse por sí mismo la cantidad necesaria de amor y protección requeridos para el resguardo de su autoestima.

El narcisismo, entendido como un amor exagerado a la imagen de sí mismo, es un acontecimiento positivo en este proceso de desprendimiento y se expresa como arrogancia, desafío, burla y rebeldía a la autoridad, sobre todo paterna. Es también ese aire de omnipotencia y de vanidad exagerada de todo adolescente.

Aunque el narcisismo acompaña cada momento del desarrollo adolescente, tiene su expresión más abierta en la actividad creadora pues ésta permite la comunicación de experiencias muy personales y la inmediata y legítima gratificación, todo lo que hace y expresa es único y nadie en el mundo es capaz de imitarlo e igualarlo.

SEXUALIDAD

Este es el aspecto que tiene un interés dominante en el adolescente pues le afecta tanto desde el punto de vista orgánico como desde el punto de vista psicológico. Las diferencias sexuales se establecen a tres niveles:

- a) Caracteres esenciales o primarios (órganos internos);
- b) Caracteres secundarios (voz, distribución del vello y grasa, tamaño, peso, estructura pélvica); y
- c) Caracteres terciarios (hábitos, costumbres, conductas, manifestaciones psíquicas), que contribuyen a establecer la atracción con el sexo opuesto. (Menéndez, 1986)

Dado que no existe una constitución puramente masculina o puramente femenina, es frecuente y normal que aparezcan caracteres sexuales masculinos en la mujer y femeninos en el hombre, aunque dominan las características femeninas en la mujer y masculinas en el varón. Esto trae consigo cierto desconcierto con respecto al papel sexual, pues a veces hay tendencias de comportamiento y de gustos que corresponden al sexo opuesto, incluso se llega a sentir atracción por los sujetos del mismo sexo, pero esta es una situación pasajera la más de las veces, aunque no deja de ser motivo de angustia.

Esta situación de confusión sexual provoca gran curiosidad e interés por adquirir mayor conocimiento sobre la sexualidad por lo que busca información en adultos emocionalmente significativos para él o en amigos adolescentes; si la información no es satisfactoria recurrirá a libros, revistas, diccionarios y demás publicaciones sobre el tema, que en ocasiones poseen pobre o inadecuado nivel de información.

Los tabúes sociales empujan al adolescente a una búsqueda obsesiva, furtiva, y plena de ansiedad para conseguir información, frecuentemente distorsionada que en lugar de satisfacer su necesidad le provoca conflictos y sentimiento de culpa. El adulto en el hogar, en la escuela, suele adoptar actitudes negativas, en lugar de ver en esta conducta una necesidad que reclama ser atendida, la califica de inmoral y obscena, con ello aumenta la confusión del muchacho y lo orilla a actitudes equivocadas.

En nuestra cultura el amor heterosexual y el matrimonio son signos de adultez, por tal razón los adolescentes están ansiosos por alcanzarlos.

Los medios de comunicación masiva estimulan el logro de esta meta al proporcionar información y promover conductas de interacción sexual que resaltan la gloria del amor entre jóvenes.

MASTURBACION

Después de un periodo de latencia donde de hecho la energía sexual se encuentra ausente, esta energía irrumpe con fuerza en la adolescencia, invadiendo todas las áreas de acción del sujeto, lo que provoca gran tensión. (Blos, 1980)

La masturbación cumple una importante función en el desarrollo psicosexual de la persona pues permite que el sujeto conozca sus zonas erógenas y gustos por algún tipo de caricia sexual, así como concentra la excitación sexual en la esfera genital y por lo tanto marca el inicio de la última etapa del desarrollo sexual: la etapa genital.

Cumple una función reguladora de tensión porque permite centrar esta energía difusa en una sola área y le da salida. Previene de experiencias sexuales, heterosexuales u homosexuales precipitadas y prematuras que puedan dañar al individuo. (Blos,1980)

Por siglos la masturbación ha sido fuertemente censurada por considerarse una práctica dañina, destructiva, pecaminosa, lo cual provoca que, aunque su práctica pueda ser beneficiosa, muchas veces se lleve a cabo con fuerte carga de culpa, reconocida o no.

Por esta razón algunos sujetos prefieren no practicar la masturbación y buscan otras formas de canalizar su energía libidinal como el deporte o las actividades artísticas.

La práctica de la masturbación tiene su plenitud en la pubertad y desciende, a menudo, hacia el fin de la adolescencia. Debe desaparecer con la elección del objeto heterosexual y con la posibilidad de establecer una relación sexual. De modo ideal ésto sería alrededor de los 19 años pero aquí intervienen aspectos socioculturales y económicos, tanto individuales como de grupo. En ocasiones la iniciación sexual se da a muy temprana edad (recordemos que hay grupos donde los jóvenes se casan desde los 12 años), o se posterga hasta que los jóvenes puedan casarse, lo que implica terminar una carrera, tener empleo, etc; o pagar por tener un lugar íntimo donde llevar a cabo la relación sexual.

IDENTIDAD SEXUAL Y PAREJA

A este respecto Erickson refiere que del logro de la identidad sexual depende el futuro desarrollo del sujeto pues ésta definirá la identidad total de la persona.

Debido a que todos poseemos hormonas femeninas y masculinas, con el dominio de una de ellas, el adolescente entra en un periodo de confusión en el que duda si es hombre o mujer. La resolución de este conflicto tiene sus bases en la identificación, positiva o negativa, del sujeto con el padre del mismo sexo. Esto es porque definitivamente las conductas que el sujeto ha aprendido sobre su propio sexo son las aprendidas de los padres y éstas serán repetidas en todos los ámbitos de su vida. (Erickson,1980)

El sujeto en la adolescencia cambia en gran medida del concepto que tenía de sus padres. Si en la infancia éstos están llenos de virtudes y a veces revestidos con dotes extraordinarios, en la adolescencia, debido a la actitud de crítica característica de esta etapa, se tornan llenos de defectos lo que provoca gran desilusión en el sujeto, por lo que tiende a rechazarlos. Mueren los héroes que todo lo pueden, pero el padre y la madre continúan ahí y será labor del adolescente aprender poco a poco a aceptarlos en su justa dimensión. La posibilidad del joven de hacer las paces con la imagen paterna y de la muchacha con la imagen materna dará la pauta para alcanzar la identidad sexual.

El logro de la identidad sexual se verá reflejada en la relación de pareja. Hacia la fase intermedia de la adolescencia se verá que tanto los hombres como las mujeres pasarán de un total distanciamiento con los miembros del sexo opuesto, a un paulatino acercamiento. Hombres y mujeres darán muestras de interés por el sexo contrario, primero a nivel puramente romántico: la pareja es la imagen de un adulto, generalmente el padre o la madre, que sirve para establecer a distancia, mecanismos de introyección e identificación con conductas y rasgos de personalidad que admira. Es una característica fundamental la ausencia de interés sexual. Será el primer acercamiento a la sexualidad y, sobre todo, ensayará la comunicación que ayudará y facilitará relaciones futuras. (Menendez, 1986)

Hacia la fase final de la adolescencia (17 a 20 años) el amor se verá combinado con juegos físicos y franco interés sexual. Habrá ensayos con una o varias personas, para establecer una relación de pareja de mutua entrega y comprensión. El logro de esto último nos marca que la adolescencia llega a su fin.

HOMOSEXUALIDAD

La estructura del cuerpo determina indirectamente la identificación sexual del sujeto, y esto de dos maneras también indirectamente relacionadas; el individuo considera su cuerpo como un objeto que ocupa un lugar privilegiado en su experiencia; lo reviste de ciertos valores y toma ante él una actitud determinada.

Unas veces acepta la imagen de su cuerpo sexuado y trata incluso de hacer que algunos de sus rasgos sean más manifiestos (algunos rasgos son modificables directamente o mediante el vestido). Otras veces, por el contrario, el adolescente niega las transformaciones de su cuerpo que hacen de él un hombre o una mujer.

El ideal morfológico no representa más que una parte del ideal del yo, nacido en el complicado contexto de la primera infancia y las relaciones precoces con los padres, y el rechazo o el refuerzo del carácter físico está relacionado con todo ello. Así, por ejemplo, si un muchacho presenta una morfología feminoide, y por otra parte desea intensamente parecerse a un padre fuerte y viril, tratará por todos los medios de ignorar su apariencia femenina; quizá la compense con una práctica intensiva de deporte o una actitud decidida, e incluso brutal, a menos que abandonando toda lucha, adopte por el contrario una actitud pasiva y resignada, es decir, homosexual.

No todos los adolescentes logran alcanzar la identidad heterosexual, es decir, una correspondencia entre el sexo biológico y la identidad sexual. Aunque como parte del desarrollo se tiene una fase homosexual transitoria "cuando un miembro del mismo sexo se toma como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal." Hay algunos factores que pueden favorecer la identidad homosexual y que, sobre todo, encuentra su origen en la infancia, éstos pueden ser múltiples, pero en general son la expresión del fracaso en la identidad con el padre del mismo sexo sea por ausencia, rigidez o complacencia extrema, o por una posición ambivalente ante la pareja del sexo opuesto, lo que provoca en el sujeto rechazo al padre del mismo sexo e identificación, aceptación e imitación con el padre del mismo sexo. (Blos, 1980)

INTELECTO

Se considera, desde el punto de vista biológico, que el proceso de maduración del cerebro finaliza alrededor de los 15 años, continuando su desarrollo intelectual hasta la juventud. En coincidencia con esta aseveración Inhelder y Piaget (1978) afirman que es en este periodo cuando el adolescente pasa del pensamiento concreto al pensamiento formal o hipotético-deductivo (último estadio del desarrollo del pensamiento).

El pensamiento del adolescente difiere del pensamiento del niño porque mientras éste, ante situaciones y problemas responde con ensayo y error, el adolescente hace mentalmente planes de acción basadas en hipótesis que pone a prueba. El adolescente busca dentro del ambiente causas, explicaciones y leyes generales, es decir, utiliza el pensamiento hipotético-deductivo para resolver problemas específicos que le plantea la vida.

Así encontramos que, en contraposición a la baja en el rendimiento escolar, el adolescente muestra un sorprendente interés por problemas que no tienen relación con su realidad inmediata. Capaces ya de construir teorías y sistemas, se anticipan, de modo muy ingenuo, a situaciones futuras. (Piaget, 1974)

Para llegar al desarrollo de las operaciones formales el adolescente requiere de la cooperación de los demás, pues al comienzo de la adolescencia la vida social entra en una nueva fase de creciente elaboración; el intercambio de puntos de vista lleva al muchacho a un mayor entendimiento mutuo.

La discusión da origen a la reflexión, que es una conversación interiorizada, los diversos puntos de vista la hacen más flexible. El adolescente llega a admitir suposiciones con el fin de discutir; constituye una serie de hipótesis y procede a verificarlas; comienza a buscar propiedades que le permiten dar definiciones y formular leyes generales, inicia el empleo de conceptos que van más allá de lo tangible, tiene conciencia de su propio pensamiento y reflexiona sobre sí mismo para dar justificación lógica a sus juicios y adquiere capacidad para tratar con una amplia variedad de relaciones complejas.

La facilidad del sujeto para elaborar teorías abstractas permite que, por un lado, se desligue y libere de lo real y, por otro, edifique a voluntad reflexiones sobre la realidad en las que es el destructor de lo viejo y el constructor de lo nuevo. Se cree que la reflexión es todopoderosa y que la realidad se somete al pensamiento y no al contrario. (Piaget, 1974)

El uso y abuso de este nuevo poder imprevisto da paso a la existencia del egocentrismo intelectual debido a que:

"Todo nuevo poder de la vida mental empieza por incorporar el mundo en una asimilación egocéntrica para después lograr un equilibrio que se da cuando hay una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad, la reflexión comprende que la función que le corresponde no es contradecir, sino la de anticiparse o interpretar la experiencia". (Piaget, 1974)

Como parte del logro de la identidad y la consolidación de este nuevo proceso del pensamiento, el adolescente se plantea la necesidad de tomar una posición frente a su futuro, así, pasa de la aceptación de los valores paternos a valorarlos, comprobarlos y experimentarlos por sí mismo.

Spranger (1959) nos dice que el adolescente se mueve dentro de cinco valores principales:

1.- Cognoscitivo o intelectual: que lo lleva a la consecución de los "porqués" en busca de la verdad.

- 2.-Utilitario: es la búsqueda de lo práctico, respuesta a los "para qué" de las cosas y qué ganancia se obtiene.
- 3.-Belleza: expresa amor a la proporción, armonía y belleza.
- 4.-Social: es la preocupación por la justicia y el bienestar de los demás.
- 5.-Trascendencia: es planteado como la divinidad que tiene lo verdadero, no por su contacto con algún dios, sino porque aquí llega todo valor.

El joven vive su ética en el "aquí y ahora", los valores significan toda una labor en él, con una serie de asentamientos previos que lo lleva a una nueva visión del mundo. Los valores son para el adolescente la iniciación de su vida.

Con base en sus aptitudes, debe escoger entre lo que le gusta y lo que puede hacer. Estos valores son tomados en su proporción absoluta, no hay puntos medios, donde ve que algo falle, lo critica acremente, lo tacha de falso. El adolescente diviniza los valores para romperlos o quedarse con ellos.

El adolescente formula un nuevo plan de vida, que reclama revisar los valores éticos, intelectuales y afectivos; lo que trae consigo el nacimiento de ideales renovados y el desarrollo de la capacidad de lucha para conquistarlos, consecuentemente se planteará el problema de ser auténtico, es decir, abandonar el juego de simulación y actuar con una firme pero razonable afirmación o negación ante la realidad.

ENSUEÑO, FANTASIA Y EXPRESION ARTISTICA

Se puede decir que una de las cosas más estimulantes de los adolescentes es su idealismo. Todavía no se han hundido en la desilusión, y el corolario de ello consiste en que se encuentran en libertad para formular planes ideales.

E.Erickson(1980) nos dice que imaginar es una herencia de la edad del juego y esta herencia, -el juego imaginado y actuado a través de diversas actividades-, le permite al adolescente la expresión más o menos abierta de sus emociones, sus conflictos, sus necesidades y fantasías. Asimismo, le es posible, a través de asumir diversos roles, desafiar a los demás y a sí mismo para, poco a poco, asumir un papel serio y adulto en la sociedad.

En este sentido, Winnicot (1987), nos dice que el adulto y el adolescente necesitan un área donde la realidad interna y externa se combinen y que el juego sirve de descanso a esta actividad.

Es característico del adolescente soñar, imaginarse como realizador de grandes empresas, conquistador de dinero, fama, poder; como héroe redentor de oprimidos y abolidor de injusticias. El adolescente fantasea con un mundo ideal, con hombres y mujeres ideales.

La expresión de estas fantasías adquiere diversas formas tanto en el plano artístico: música, danza, teatro, pintura, escultura; como en el plano intelectual: expresión de formas literarias que van desde el "diario" (reservado y personal) hasta el cuento, la poesía, etc; y el plano deportivo.

La actividad creadora tiene su momento culminante en el periodo adolescente de cada sujeto y generalmente desaparece con el arribo a la edad adulta, pero permanece en las personas con verdadera vocación artística.

La fantasía es experimentada como realidad. El adolescente toma su fantasía por realidad para renunciar a una realidad que considera más peligrosa. La fantasía y los sueños diurnos ayudan al adolescente a contrarrestar la regresión narcisista. En la fantasía la ideación relacionada con el objeto y la aguda percepción de los impulsos instintivos permiten al adolescente implementar cambios catécticos como ensayos, y le ayudan a asimilar en pequeñas dosis las experiencias afectivas hacia las que se está moviendo su desarrollo progresivo. (Blos, 1975)

SOCIALIZACION

En esta etapa la relación interpersonal cumple un papel muy importante como parte de la consolidación de la personalidad.

La amistad es el sello de la adolescencia, por ser la edad en la que el afecto se expresa con mayor libertad y el sentimiento domina cualquier otra manifestación psíquica o intelectual, la amistad entre adolescentes del mismo sexo se acompaña de expresiones físicas de afecto (abrazos, besos, etc.) así como una demanda permanente de exclusividad con estallidos de celos, disgustos, reconciliaciones, envío de cartas, etc. Las reacciones son vehementes y hay una aparente desproporción entre un estímulo que parece poco significativo y la respuesta emocional. (Menendez, 1986)

La pertenencia al grupo y el desempeño de una función social son sentidas por el adolescente como necesidades psicosociales de origen vital, pues en la medida que el adolescente se independiza de su familia, se hace más dependiente del grupo, a fin de lograr apoyo para afrontar los problemas propios de su edad, por otra parte, pertenecer a un grupo contribuye a la obtención de seguridad, al sentirse cálidamente aceptado y a veces respetado y admirado por los demás. Es dentro del grupo donde se da el desarrollo psicosocial mediante el tránsito del yo al nosotros.

Peter Blou (1980), nos dice que los amigos son elegidos porque poseen cualidades que el sujeto quisiera tener, así pues, la relación de amigos permite establecer a distancia identificaciones e introyecciones de conductas y rasgos de personalidad que admira, como parte de la formación de su yo ideal.

Organizarse en un grupo formando "pandillas" o "bandas" es una necesidad que experimenta el joven en la primera etapa de la adolescencia y es utilizado como una forma de afirmar su fuerza, poderío y voluntad ante la familia y la sociedad.

Su formación es usualmente espontánea, siempre hay un dirigente y los objetivos pueden ser de tendencias constructivas o bien delictivas y destructivas. En la segunda etapa el joven tenderá a afiliarse a organizaciones locales con carácter político, religioso o de ayuda social específica.

El adolescente encuentra que el medio familiar lo limita y siente la necesidad de extender su relación con el medio social, lo que le permite enriquecer su experiencia.

El acercamiento social se divide en dos etapas:

a) **Rebeldía:** Esta oposición a los convencionalismos sociales. Se inicia hacia el fin de la pubertad y abarca los primeros tres o cinco años de la adolescencia. Es parte del desarrollo normal de la personalidad que le permite valorar y enjuiciar el sistema imperante, así como ensayar modelos de conducta diferentes a los aprendidos, lo que le hace experimentar y reafirmar su posición de independencia.

b) **Retorno:** Se da en la última etapa de la adolescencia, es tan lenta y difícil como la etapa anterior y se expresa como la posibilidad de integrarse productivamente a la sociedad.

Tal vez la integración del adolescente al medio social es una de las tareas más difíciles de concluir satisfactoriamente.

E. Erickson (op. cit) nos dice que el adolescente busca en el conjunto de la sociedad y sus instituciones, elementos para confirmar su identidad, así como modos de vida que valga la pena continuar, ya que requieren de elementos que les ayuden a obtener una identidad social, pero estos deben ser elementos vigorosos, estables y justos.

"La juventud, en particular, depende de la coherencia ideológica del mundo del que se supone debe hacerse cargo, y en consecuencia se da perfecta cuenta de si el sistema es lo suficientemente fuerte en su forma tradicional como para ser "confirmado" por el proceso de la identidad o está lo suficientemente debilitado como para sugerir una renovación, reforma o revolución. La identidad psicosocial posee también un aspecto psichistórico" (Erickson, 1980)

1.4 ADOLESCENCIA, FAMILIA Y SOCIEDAD.

La necesidad del adolescente de afirmar su personalidad independiente y autónoma, les torna rebeldes y por lo mismo se da un fuerte choque con el medio familiar, pues los padres ya no pueden ejercer el poder absoluto y sus órdenes ya no son obedecidas sin discusión.

A. Aberastury y M. Knobel (1978) destacan que la adolescencia no es sólo un proceso que afecta al joven sino que también afecta a la familia, sobre todo a los padres que se enfrentan a la pérdida de un hijo-niño, dependiente y obediente al que saben como tratar, y tienen un hijo que lucha por su independencia y la obtención de su propia identidad. Además el mismo proceso de crecimiento de los hijos enfrenta a los padres ante sus propios problemas, sus propios logros y fracasos, y al inminente arribo de la vejez y la muerte.

La crisis que se da en la familia ante la presencia de uno o varios hijos adolescentes, es la más aguda a la que se enfrentan los jóvenes y tiene como causa principal la crisis de autoridad, pues los padres luchan por seguir teniendo el control absoluto de los hijos y éstos por tener el control de su propia vida.

Las proporciones que este grave conflicto alcance dependerán en gran medida, de las condiciones del hogar, de los nexos afectivos creados en la infancia, del temperamento del adolescente y, sobre todo, del criterio de los padres.

Arnold Gesell, (1967) en su libro "Adolescencia" dice que ésta es una etapa en el crecimiento del ser humano que no puede ser enmarcado ni encasillado por estereotipos de comportamiento social o psicológico o madurez y crecimiento biológico, sino que es un proceso de cambios que se desarrollan en el tiempo y que pueden ser comprendidas por medio de un método de comparaciones ordenadas que nos permitan explorar los valores conductuales de la edad y los valores cronológicos de la conducta, como clave estimativa del estado de madurez.

Este proceso de la vida tiene sobre los padres una influencia no bien valorada hasta hoy, el adolescente provoca una verdadera revolución en su medio familiar y social y esto crea un problema generacional no siempre bien resuelto.

Ocurre que también los padres viven los duelos por los hijos, necesitan hacer el duelo por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil. Ahora son juzgados por sus hijos, y la rebeldía y el enfrentamiento son más dolorosos si el adulto no tiene conscientes sus problemas frente al adolescente. Ellos tienen que desprenderse del hijo-niño y evolucionar hacia una relación con el hijo-adulto, lo que impone muchas renunciaciones de su parte, debe aceptar el devenir del envejecimiento y de la muerte, abandonar la imagen idealizada de sí mismo, dejar de funcionar como líder o ídolo y aceptar una relación llena de ambivalencias y críticas.

Es este momento del desarrollo, donde el modo en que se otorgue la libertad, es definitivo para el logro de la independencia y de la madurez del hijo.

La otra cara del problema es: la ambivalencia y la resistencia de los padres a aceptar el proceso de crecimiento de sus hijos adolescentes. ¿Qué conflictos conscientes e inconscientes conducen a los padres a ignorar o a no comprender la evolución del hijo? ¿Qué problemas provocan estas estructuras sociales rígidas impuestas por los adultos y que impiden un desarrollo saludable a los jóvenes?

Aberastury (1971) sostiene que el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero también un juicio de valor que debe respetarse. Además la desidealización de las figuras parentales que lo sume en el más profundo desamparo.

Sin embargo, este dolor es poco percibido por los padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace aún más profundo y difícil este proceso. Los padres suelen usar la dependencia económica como poder sobre el hijo, lo que crea un abismo y un resentimiento social entre las dos generaciones.

El adulto se aferra a su mundo de valores que con triste frecuencia es el producto de un fracaso interno y de un refugio en logros típicos de nuestra sociedad alienada. En tanto el adolescente defiende sus valores y desprecia los que quiere imponerle el adulto, ya que los siente como una trampa de la que necesita escapar.

Su nuevo plan de vida, le exige plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales y afectivos; implica el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de la capacidad de lucha para conseguirlos. Pero al mismo tiempo, le impone un desprendimiento; abandonar la solución del "como si" del juego y del aprendizaje, para enfrentarse al "sí" y "no" de la realidad activa que tiene en sus manos.

Esto le impone un distanciamiento del presente y, con ello, la fantasía de proyectarse en el futuro y ser él mismo. Consecuentemente debe formarse un sistema de teorías, de ideas; un programa al cual aferrarse y también la necesidad de algo en lo que pueda descargar el monto de ansiedad y los conflictos que surgen de su ambivalencia entre el impulso al desprendimiento y la tendencia a permanecer ligado.

Esta crisis intensa la soluciona huyendo del mundo exterior, en la fantasía y con un incremento paralelo de la omnipotencia narcisista y de la sensación de prescindencia de lo externo.

La hostilidad del adolescente frente a los padres y al mundo en general se expresa en su desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo a la realidad, situaciones que pueden ser ratificadas o no por la realidad misma.

Sufre crisis de susceptibilidad y de celos, exige y necesita vigilancia y dependencia, pero sin transición; surge en él un rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia y de huir de ellos.

En la situación grupal familiar nos encontramos con lo que Marcuse señala para lo social: "Si son violentos es porque están desesperados".

A más presión parental, más incompreensión frente al cambio.

El adolescente reacciona con más violencia por desesperación, y desgraciadamente es en este momento decisivo de la crisis adolescente cuando los padres recurren por lo general a dos medios de coacción: el dinero y la libertad.

1.5 ETAPAS DEL DESARROLLO DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICODINAMICO.

Según las teorías psicoanalíticas, la adolescencia no constituye un nuevo nacimiento, sino muy a menudo una reactivación de ciertos procesos que se habían desarrollado durante la infancia. Por esto, los estudios psicoanalíticos de la adolescencia se refieren siempre a la evolución del niño principalmente en cuanto al conflicto Edípico.

Afirman que no sólo debe observarse el desarrollo del niño en una perspectiva de continuidad y de evolución para comprender el del adolescente; la historia, sobre todo la historia de periodos turbulentos, implica interrupciones e incluso retrocesos, regresiones.

Cuando por una u otra razón, el individuo no es capaz de avanzar; trata de emplear otros métodos. Vuelve al pasado y recurre a medios que en otro tiempo le procuraron satisfacción. Esto es posible porque nunca se pasa completamente de una etapa a otra. Incluso puede haber interrupciones en el desarrollo, fijaciones en una determinada etapa de la cual ha habido dificultad para arrancar, para ir más lejos. En caso de perturbación, la libido o el yo vuelve sobre estos puntos de fijación. En otras palabras, cuando, en el momento de la adolescencia, el individuo sea víctima de incertidumbres y de conflictos, podrá tratar de salir de esta desagradable situación regresando a una de las etapas anteriores, en la que existan puntos de fijación.

A continuación se revisarán algunos postulados de autores, acerca de las etapas del desarrollo desde un punto de vista psicodinámico:

SIGMUND FREUD

ETAPA ORAL: abarca desde el nacimiento hasta principios del segundo año de vida. La primera zona en donde se manifiesta la libido es la boca, que funciona como un órgano a través del cual se le alimenta al bebé, este hecho alivia la sensación displacentera provocada por el hambre, de esta manera, el niño incorpora de su medio objetos que le son gratificantes y que posteriormente le servirán como base para su identificación.

ETAPA SADICO ANAL: Desde el inicio de la vida existe el placer anal, sin embargo, durante el segundo año, la zona erógena anal parece convertirse en la principal instancia ejecutiva de todas las excitaciones, sea cualquiera el lugar en que se originan, tienden a descargarse en la defecación.

En esta etapa, el infante experimenta placer en la retención o eliminación de las heces fecales considerándolas como parte de sí mismo, lo cual va a ser aprobado o desaprobado por el medio, aquí aparece el deseo de poseer todo lo que hay a su alrededor, cosa que, al no ser satisfecha le causa agresión, misma que exterioriza.

ETAPA FALICA: Comprende desde los dos años seis meses hasta los seis años de vida; en ésta, el infante centra su interés en sus genitales y la manipulación de éstos.

El proceso más importante es el Complejo de Edipo, en donde el niño ama a su madre y desea tenerla para él solo y se irrita contra el padre, que es el principal obstáculo de sus deseos absolutistas y como consecuencia de los celos e irritación que siente hacia su progenitor, impulsos hostiles y agresivos al mismo tiempo, ama a su padre y por lo general se encuentra identificado con él, se juxtaponen sentimientos de amor y odio (ambivalencia), el niño experimenta sentimientos de culpabilidad que pueden originar un segundo complejo (de castración), la resolución de este conflicto da lugar al proceso de identificación.

PERIODO DE LATENCIA: Se presenta de los 6 a los 11 años aproximadamente; primeramente, la influencia del yo se manifiesta típicamente después de la resolución del Complejo de Edipo, como una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias de los intereses de carácter instintivo en general.

Al finalizar el periodo de latencia, se reinicia el interés sexual orientado hacia la procreación, aunado al hecho de que los órganos genitales han alcanzado la madurez, el autoerlismo queda atrás, ahora buscan un objeto sexual externo, siendo los padres en principio el blanco erótico, posteriormente inclina su atención hacia los padres del sexo opuesto.

La tarea que se plantea en la pubertad, es la adaptación de la personalidad a nuevas circunstancias, creadas por los cambios de orden físico. En realidad son semejantes a las experiencias del periodo de la sexualidad infantil y a los del Complejo de Edipo, los conflictos de estos periodos por eso, reaparecen también cuando entra en conflicto el Yo en la adolescencia con las pulsiones instintivas, la situación es diferente de lo que fue en la infancia, aflorando actitudes de carácter contradictorio, simultáneamente o en inmediata sucesión, se ven aparecer los impulsos sexuales genitales, formas de comportamiento sexual infantil de todo género y actitudes de ascetismo extremo, que no solamente intenta la eliminación de toda sexualidad, sino también de todo lo que sea placentero.

El retorno de los impulsos sexuales infantiles se debe en parte, al hecho de que la primacía genital no se ha establecido aún en forma completa y que la pubertad trae consigo un incremento de la sexualidad total. "El desarrollo sexual, en la pubertad parece reiniciarse en el mismo punto en que fué abandonado en el momento de la resolución del Complejo de Edipo". (Estrada, 1987)

HARRY S. SULLIVAN

Sullivan distingue seis etapas en el desarrollo de la personalidad:

1) La primera fase corresponde a la infancia que se inicia con el nacimiento y prosigue hasta la maduración de la capacidad del lenguaje, en esta etapa el niño aprende a adaptarse a su madre. La empatía es el modo no verbal de comunicar una emoción, la aprobación de la madre acostumbra a producir en el niño un estado de euforia, mientras que su desaprobación da lugar a la angustia. Así pues, las influencias culturales transmitidas mediante los padres determinan la estructura futura del Yo.

2) La segunda fase es la niñez, Sullivan establece límites superiores de esta etapa en la "capacidad de vivir con compañeros", la niñez es el estadio en que los procesos de culturización se hacen más penetrantes. El niño aprende los hábitos evacuatorios, el aseo corporal y demás conductas consideradas correctas por la sociedad y representadas por los padres.

3) La tercera etapa es la juvenil, la cual se inicia con la asistencia a la escuela. En esta etapa, el niño presta mayor atención a las opiniones de los otros niños, trata de hacerse popular, teme a estar solo y ser rechazado.

4) La etapa denominada preadolescencia, transcurre de los 11 a los 13 años aproximadamente, se caracteriza por la aparición de la capacidad de amar, así como constatar sus percepciones con las de otros, y ceder alguno de sus intereses en favor de su grupo, esta etapa desempeña un papel decisivo en la futura relación social de la persona. Las experiencias sociales de esta edad determinan la adaptabilidad social posterior.

5) La adolescencia temprana aparece de los 11 a los 15 años aproximadamente, es el desarrollo de una pauta de actividad heterosexual. Los cambios fisiológicos de la pubertad son experimentados por el joven, como sentimientos de deseo excesivo de goces especialmente de tipo sexual, sobre la base de tales sentimientos surge el dinamismo de concupiscencia que se comienza a afirmar en la personalidad. Este dinamismo implica la zona genital, incluyendo la participación de otras zonas de interacción como la boca y las manos.

Entre la necesidad erótica y la intimidad hay una separación; mientras la primera tiene como objeto a un miembro del sexo opuesto, la segunda permanece fijada sobre el individuo del propio sexo. La adolescencia temprana persiste hasta que el individuo halla una pauta de realización estable capaz de satisfacer sus impulsos genitales.

6) Por último, la adolescencia tardía transcurre de los 17 a 19 años, y los primeros 20. Se extiende desde la institución de una pauta preferencial de actividad genital hasta el establecimiento de innumerables relaciones interpersonales, totalmente humanas o maduras según lo permitan las oportunidades personales y culturales disponibles.

Esta teoría enfatiza al individuo como ser social, creado por la cultura, ya que está en constante interacción con otras personas desde su nacimiento, buscando la aprobación de su conducta a lo largo de la vida y cuando ésta no se logra, experimenta ansiedad, la cual dará origen al sistema del Self; permitiéndole enfrentarse a las demandas sociales a través de las experiencias cognitivas adquiridas de modelos sociales establecidos.

PETER BLOS

Blos (1962), da una interpretación psicosexual de la adolescencia de la siguiente manera. "La adolescencia se considera como la suma total de los intentos de adaptación a la etapa de la pubertad, al nuevo conjunto de condiciones internas y externas (endógenas y exógenas) a que se enfrenta el individuo. La necesidad urgente de superar la nueva situación de la pubertad, evoca todas las modalidades de la excitación, la tensión, la gratificación y la defensa que intervinieron en los años anteriores, es decir, durante el desarrollo psicosexual de la lactancia y años posteriores de la infancia.

Para ampliar esta definición, nos remitimos a los comentarios que Peter Blos hace en relación a la pubertad, quien trata de explicarla dividiéndola en Adolescencia temprana y tardía.

"Las muchachas y muchachos buscan en forma más intensa objetos libidinales más intensos, con ésto se ha iniciado el proceso de separación de las ligas objetales tempranas. La característica distintiva de la adolescencia temprana radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, y como consecuencia encontramos una libido que flota libremente y clama por acomodarse. El retiro de la catexis de objeto, y la ampliación entre el Yo y el Superyo dan como resultado un empobrecimiento del Yo. Esto se ha experimentado por el adolescente como un sentimiento de vacío, de tormento interno, el cual puede dirigirse a pedir ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle". La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación, con esto se refiere el autor a la elaboración:

- 1.-Un arreglo estable y altamente idiosincrático de las funciones e intereses del Yo.
- 2.-Una extensión de la esfera libre del conflicto del Yo (autonomía secundaria).
- 3.-Una posición sexual irreversible (constancia de identidad), resumido como primacia genital.
- 4.-Una catexis de representaciones del Yo y del objeto relativamente constante.
- 5.-Estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

Estas transformaciones se inician al cambiar el autoerotismo por un objeto externo que va a satisfacer sus impulsos sexuales, además, existen conflictos entre las instancias psíquicas, manifestándose la energía sexual a través de los impulsos provenientes del ello, mismo que lucha por salir, buscando su satisfacción de manera inmediata, sin que para ello cuente el principio de realidad, por lo que entra en acción el Superyo para apoyar al Yo con el fin de reprimir los impulsos instintivos, utilizando mecanismos de defensa para manejarlos, mediante este proceso el Yo se fortalece, ahora es capaz de discriminar los impulsos que deberán ser satisfechos de los que serán reprimidos. Por consiguiente, el Yo tiene como principal función, establecer un equilibrio entre las instancias psíquicas para dar lugar a una sexualidad madura.

ARMINDA ABERASTURY

Para Arminda Aberastury, la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo, este periodo varía de una sociedad a otra. Esta etapa obliga al individuo a cuestionarse el concepto que tiene de sí mismo, lo cual lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez.

"Adolescencia es aquella etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tiende a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil.

(Aberastury, 1971)

El adolescente atraviesa por un desequilibrio e inestabilidad extrema, lo que configura una identidad semipatológica, a lo que Aberastury ha denominado "Síndrome normal de la adolescencia". Este proceso le permite establecer su identidad, que es el objetivo fundamental de este momento vital; para ello, el adolescente no sólo tiene que enfrentarse al mundo de los adultos, sino que, además debe desprenderse del mundo infantil en el cual vivía cómoda y placenteramente, tanto por su dependencia como por la satisfacción de necesidades básicas y su rol claramente establecido.

Señala además, que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

- 1.-El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo, frente a lo cual se encuentra como espectador importante de lo que ocurre en su propio organismo.
- 2.-El duelo por el rol y la identidad infantil que lo obliga a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, y
- 3.-El duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente trata de retener, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

Se une a estos duelos, el duelo por la bisexualidad infantil perdida. En los duelos que son verdaderas pérdidas de personalidad, van acompañados por todo el complejo psicodinámico del duelo anormal y en ocasiones transitoria y fugazmente, adquieren las características del duelo patológico.

El Síndrome normal de la adolescencia cuenta con las siguientes características:

- 1.-Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2.-El adolescente recurre al grupo porque necesita de estima personal y seguridad.
- 3.-La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento adolescente.
- 4.-Las crisis religiosas son intentos de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su Yo corporal.
- 5.-La desubicación temporal.
- 6.-La elaboración sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- 7.-Actitud social reivindicatoria.
- 8.-Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta.
- 9.-Separación progresiva de los padres.
- 10.-Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

El logro de la propia independencia es objetivo de todo adolescente; sin embargo, le es difícil dejar de depender y ser protegido por los adultos. Esto hace que el adolescente trate de demostrar a la sociedad y a sí mismo que es un individuo autónomo; en aquellos adolescentes que no aceptan la serie de cambios que se operan en sí mismos y además, no logran elaborar el duelo que se manifiesta en este periodo, presentan con frecuencia conductas antisociales y autodestructivas; de tal manera que, cuando intenta demostrarse a sí mismo que es "su propio jefe", entra en conflicto con sus padres, o todos aquellos que representen la autoridad.

Partiendo de que la identidad del adolescente en esta etapa se encuentra en crisis y además, los factores externos que pueden originar estados depresivos, como el medio ambiente en el que se desenvuelve (tales como la desintegración familiar, zonas marginadas, etc.) ocasionan un serio problema que afecta de manera importante el estado afectivo del individuo.

En resumen, todos los autores comentados anteriormente coinciden en considerar a la adolescencia como una etapa crítica, es decir, una etapa de revalidación y revaluación en todos los aspectos de su vida. Coinciden en afirmar la importancia que la familia y principalmente los padres tienen en esta revaluación, sin dejar de lado a la sociedad que los rodea, pues es en este periodo donde se producen cambios importantes para el individuo, como la pérdida de objeto, así como la pérdida de la protección familiar y sus propios cambios físicos. Lo anterior le impone un distanciamiento del presente y, con ello, la fantasía de proyectarse en el futuro y ser él mismo.

Es importante anotar que existen autores entre ellos M. Mannoni (1989), que no consideran a la adolescencia como una crisis, y no fundamentalmente dolorosa o conflictiva; sino como un periodo del desarrollo que dura un tiempo y el tiempo es su medio natural, se trata además de un paso inevitable, pero de un paso que no deja de presentar riesgos y, debe aceptarse como un hecho "normal".

CAPITULO II DEPRESION EN ADOLESCENTES

2.1 DEFINICION DE DEPRESION

ANTECEDENTES HISTORICOS

" El uso del término depresión se remonta a la época grecoromana en el siglo IV A.C., siendo Hipócrates quien desde el punto de vista médico, utiliza el nombre de melancolía, para denominar el problema psiquiátrico producido por la bilis negra o atrabilis, correspondiendo por sus manifestaciones clínicas a lo que hoy denominamos "depresión". (Calderón, 1985)

Posteriormente, en los primeros siglos de nuestra era, se continúa mencionando el término melancolía como problema médico, entre otros, Celsus, en su libro De re y Arateo de Cappadocia, considera entre las enfermedades agudas y crónicas la manía y la melancolía, señala como síntomas principales: la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Los indígenas de nuestro país conocían estos mismos síntomas con el nombre de sangre negra, como queda acentuado en el Código Badino, escrito por el indígena Martín de la Cruz y traducido al latín por Juan Badino.

Más cercano a nuestra época Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos está completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), la memoria y la asociación de ideas se encuentra frecuentemente perturbada, induciendo ocasionalmente al suicidio. Como causas posibles de esta enfermedad destacó en primer lugar las psicológicas, por ejemplo: el miedo, los engaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares. En segundo término como causas precipitantes de la melancolía, propone los problemas de índole físico como son la amenorrea o el puerperio, en 1896 Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco depresiva y demencia precoz, posteriormente denominada esquizofrenia". (Calderón, 1985)

Es de gran importancia realizar la revisión de algunas definiciones del concepto de depresión, según diversos autores.

El diccionario de Psicología y Psicoanálisis define a la depresión como una "condición emotiva moral o patológica caracterizada por la disminución de la actividad psicológica y por una sensación de desagrado, provocada por un incremento de los sentimientos de culpa, autoreproche y disminución de la autoestima" . (H.B.English,1977)

Para Kolb (1976), es un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo, surgiendo posiblemente de la ambivalencia inconsciente y la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son objeto de una devoción forzada o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles originalmente dirigidos contra otras personas llegan a encaminarse hacia el propio yo del individuo.

En sí la depresión representa un estado afectivo de la situación del Yo en términos de desamparo e inhibiciones de funciones.

Bibring (1978), distingue la depresión simple que se representa con cierto agotamiento en la energía del Yo y la depresión severa o melancólica, acompañada de una constelación típica de lesión narcisista, mecanismo oral de recompensación con la identificación y el giro de la agresión del objeto hacia sí mismo.

Para Lewin (1961), la depresión es un conflicto de la personalidad y hace la comparación con el fenómeno del sueño, en el cual el deseo narcisista latente de seguir durmiendo sobre el pecho de la madre, es impedido por la interferencia de una tendencia opuesta que procura despertar al individuo.

Nacht y Recamier (1960), conciben a la depresión como un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica.

Edith Jacobson (1959), señala que el problema central de la depresión parece ser el colapso narcisista del deprimido, la pérdida de su autoestima, sus sentimientos de empobrecimiento y debilidad. Admite que en estos casos, el superyo aparece en un estado más temprano que el normal y está dotado de la omnipotencia arcaica de las imágenes tempranas parentales, subrayando la diferencia entre padres buenos o malos y primitivos. Por último, agrega que el paciente melancólico se trata a sí mismo como si el fuera objeto malo.

Por último, J.Mendels, Leheman, y Castilla de Pino, (1974), coinciden en que a la depresión se le pueden dar tres significados: como sintoma, como síndrome y como enfermedad. Es Castilla de Pino quien da una explicación más amplia y refiere: "...La depresión en primer lugar es un sintoma, que a veces se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, a veces acompañando a otros que tienen o no relación directa con él. En segundo lugar, la depresión es un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza, pero que se enlaza con los otros síntomas que lo constituyen, el síndrome, puede ser objeto, por sí mismo, de un análisis particular. En tercer lugar, la depresión es una enfermedad cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de él el síntoma habitual la tristeza) y sobre el cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, patogénesis, forma de curso, final y tratamiento)".

Para el estudio de la depresión se tienen en cuenta estos tres significados aunque no se hable de ellos en forma explícita.

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESION

Lo que distingue a la pena normal de la depresión es que la primera se da por una causa concreta, generalmente pérdida de un ser querido o su equivalente abstracto (patria, libertad, ideal etc.), no se acompaña de sentimientos de culpa, es pasajera y con el tiempo, que suele ser corto, tiende a mejorar y a desaparecer. En cambio, la depresión es un trastorno paralizante donde se pierde la autoestima, la confianza en sí mismo y aumenta el autodesprecio; se pierde el interés por las cosas y por consiguiente se acaba poco a poco con los deseos de vivir, hay una pérdida de lo vital, que puede llevar al suicidio.

Se caracteriza por un tono afectivo de tristeza, alto grado de preocupación por los problemas personales, disminución progresiva de las actividades cotidianas. El yo es devaluado y se siente que se vive en la nada total, el sujeto siente que no ha hecho más que mal, que no sirve para nada y que hay que morir. La devaluación de sí llega a tal grado que el sujeto sólo puede o se permite expresiones despectivas de sí, creyéndose falso, traidor, negativo, destructivo, etc.

La depresión no sólo es producto de la visión de una realidad dolorosa, su aparición se da más bien por un sentimiento de abandono, coraje, agresión, ira e impotencia; por situaciones de conflicto, circunstancias debilitantes por enfermedad, fallecimiento de un ser querido, etc; que favorecen la expresión de una personalidad característica. Con frecuencia la depresión no puede ser explicada por el sujeto y quienes pueden hacerlo lo aducen a problemas inmediatos; en casos muy severos, hay la creación de todo un sistema de tipo delirante.

2.2 DEPRESION EN LA TEORIA PSICOANALITICA

Sigmund Freud (1939), hace la diferencia entre duelo y melancolía, en el primero es por la muerte del ser amado y la melancolía es una pérdida más difusa; se pierde el amor de alguien aunque siga viviendo, o se sabe a quién se pierde, pero no qué se pierde con él, o no es posible determinar por qué es el estado melancólico (la pérdida en el propio Yo).

En el duelo se explica la inhibición y la falta de interés del sujeto por su elaboración del duelo que absorbe su Yo por completo. En la melancolía absorbe por completo al sujeto y además tiene un sentimiento de ser incapaz de rendimiento valioso alguno e indigno de estimación.

Los reproches que se hace a sí mismo son en realidad, correspondientes a otra persona, por eso los expresa como "quizás".

La melancolía es por lo tanto, una fijación oral por el tipo narcisista de elección de objeto. Existe una ambivalencia en el amor al objeto, el odio es retraído al propio Yo, se trata a sí mismo como a un objeto, por esto, puede ser agresivo y destructivo consigo mismo.

La escuela psicoanalítica sostiene que la depresión tiene su origen en la etapa oral. El sujeto siente que las muestras de amor de sus padres están condicionadas a que él les dé lo que ellos esperan, lo que hace que sienta constantemente la amenaza de abandono (miedo a la pérdida del objeto amoroso) y por consecuencia, se siente inseguro, incapaz de ser amado y de amar. Esto genera gran hostilidad y agresión hacia el objeto de amor, generalmente la madre, y lo desea destruir. Esta situación provoca culpa, pues ¿cómo va a destruir lo que más ama?, por lo que la expresión hacia afuera de estos sentimientos es reprimido y vertido hacia sí mismo, de ahí los elementos autodestructivos de la depresión. (Mendels, 1972)

FALLA DE ORIGEN

30

Para Castilla de Pino (1974), la depresión se genera cuando el proyecto de realización de la persona en la realidad y el compromiso ético que aquéllo implica no se da, lo que suscita un fracaso culpable, pues, según afirma, toda persona es, de algún modo, consciente de cómo asume o no su proyecto de vida y la culpa que siente ante esto es la depresión.

El no cumplimiento del proyecto de vida se determina en la infancia cuando surgen sentimientos ambivalentes frente al objeto amado, por un lado se desea lo que se ama y por el otro se prefiere destruirlo antes que perderlo.

Lawrence Kolb afirma que "La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales. Tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos dirigidos a la persona o personas de quienes depende la propia seguridad". (Kolb, 1978) De este modo viene a ser una penitencia expresada en forma de autocastigo, que puede ser un ligero abatimiento, el abandono paulatino de la persona y, en casos extremos, el suicidio.

Entre los postulados psicoanalíticos se encuentran dos importantes ensayos de K. Abraham (1983), en donde revela su descubrimiento fundamental de que la característica relevante de la vida mental del deprimido, es la ambivalencia pregenital, coexistiendo cantidades aproximadamente iguales de amor y odio.

El sujeto deprimido muestra un gran aumento del erotismo oral, que se manifiesta en las perturbaciones de la ingesta de alimentos y en los rasgos orales de carácter.

2.3 DEPRESION EN ADOLESCENTES

Aunque muchos utilizamos el término deprimido como una palabra global para describir nuestro propio estado cuando nos sentimos decaídos, conmovidos, irritados, frustrados, coléricos o agotados, la depresión es en realidad una enfermedad. Esta grave perturbación psicológica, reconocida sólo desde hace poco tiempo como una condición usual en los adolescentes, es uno de los primeros signos del posible comportamiento suicida de los adolescentes. Pero es muy frecuente que no se preste atención a los casos graves de depresión, o se los deseche como "una fase transitoria". (Roberts, C; 1959)

En el capítulo anterior se habló de como la familia cumple un papel determinante en el desarrollo de la persona. Es de la estructura de personalidad de los padres de la que el hijo aprenderá para ser, y es de la estructura familiar de la que aprenderá para relacionarse con los demás, porque la familia es el universo del niño y de ella aprende y repite todo lo que ve sin poder diferenciar lo más conveniente para él ya que no posee otro marco de referencia y todo lo que ve lo imita.

FALLA DE ORIGEN

31

En las familias donde se dan situaciones de amor condicionado y represión de la expresión del coraje o la inconformidad hacia los padres, el sujeto se torna dependiente, inseguro, autodevaluado y por tanto depresivo. Muchas veces los síntomas de depresión en niños se presentan desde muy temprana edad, sin que los adultos les den importancia por que creen que los niños no tienen motivos para deprimirse.

Spitz (1981), habló de la depresión anaclítica que aparece en el primer año de vida del niño ante el abandono materno, sea por orfandad, por necesidad de hospitalización del bebé o simplemente porque la madre se comporta fría y distante con el recién nacido. James M. Toolan (1972) afirma que los niños también se deprimen a consecuencia de que tienen una madre deprimida y/o ansiosa.

Muchos estudiosos de la adolescencia coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a éste periodo es frecuente que irruman, en algunas ocasiones, síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos.

James M. Toolan (1972), afirma que la depresión es un trastorno difícil de diagnosticar debido a que éste se enmascara detrás de diversas conductas y síntomas. En el caso de la adolescencia una dificultad que se presenta son los mecanismos de defensa de negación y actuación, - pues en esta edad son los más utilizados- por lo que el adolescente presenta lo que Toolan denomina "una depresión sonriente".

Mientras que los síntomas que enmascaran una depresión en adultos son los somáticos: trastornos cardiovasculares, digestivos, del sueño, etc. En la adolescencia se enmascaran con " equivalentes depresivos", así por ejemplo se tiene que el consumo de drogas y alcohol, el aumento o descenso del 5% en el peso normal del adolescente, la baja en el rendimiento escolar, así como la deserción o el constante cambio de escuela y el descuido en la higiene personal, son síntomas de depresión en este periodo. (Sours, 1972)

También pueden encontrarse estados de ansiedad, irritabilidad, agresividad, aburrimiento, inquietud, oscilaciones entre la apatía y la preocupación por trivialidades, pérdida repentina del interés por cualquier actividad, intolerancia a la soledad, oscilación entre la fatiga abrumadora y una innagotable energía, dificultad para concentrarse y búsqueda de objetos amorosos en los animales. A niveles más profundos se ha encontrado autoimagen pobre y elementos destructivos y autodestructivos como síntomas de depresión. (Esler, 1968) En los adolescentes mayores de 15 años se ha encontrado que se busca el contacto con otro ser humano a través del acto sexual, como medio para olvidar la depresión; además de algunos signos clásicos de la depresión en adultos.

En la adolescencia hay situaciones que provocan reacciones depresivas en el joven como: la elaboración del duelo por la pérdida del rol y el cuerpo infantil, así como la pérdida de la protección y dirección de los padres de la infancia, lo que implica un desprendimiento del núcleo familiar. La incomprensión y posición ambivalente de los padres ante el crecimiento de sus hijos, ya que a veces los tratan como niños y a veces como adultos lo que provoca descontrol y sentimiento de culpa por desear ser independientes y por responder a los requerimientos naturales de esta etapa de su vida. A esto debemos agregar situaciones "cotidianas" como problemas con y entre los padres, presiones en la escuela y desilusiones amorosas que provocan en él o la joven un concepto devaluado de sí mismo.

Es también una etapa en la que el adolescente requiere de cambios profundos al interior de su persona, — misma que exige se den también en el exterior—, siente la necesidad de conocer nuevas emociones, de ser aceptado en el medio social y con el grupo de adolescentes, de aliviar la angustia que le provoca la inestabilidad emocional y de expresar el coraje que le provoca una realidad que considera repugnante y enferma, por lo que se encuentra en constante búsqueda de alternativas que le permitan la satisfacción de sus necesidades.

Rose Spiegel, H.Esier y J.M.Toolan (1968) coinciden en afirmar que la depresión tiene una estrecha relación con la cólera; ya que por ser precisamente la expresión de las emociones lo que más se censura y padece de una represión casi automática tanto del mismo sujeto como del medio que lo rodea, si el coraje se reprime éste se revierte al sujeto provocando la depresión.

Es importante anotar que esta situación se vive y resuelve de diferente manera en cada adolescente, de acuerdo no sólo a las capacidades obtenidas en la infancia y las aprendidas en esta etapa, sino también a su extracción de clase, pues las oportunidades aumentan o decrecen en relación a ésta.

Si bien no hay un modo infalible de identificar la depresión del adolescente, estudiosos en la materia coinciden en que una combinación de los síntomas incluidos en la lista siguiente, sugieren claramente este desorden.

Sin embargo, estos signos y síntomas no son anuncios infalibles; de hecho, a menudo se los desecha como aspectos temporarios y sin significado en la vida de un adolescente.

No cabe duda de que esta actitud es consecuencia de la dificultad para distinguir entre esos capatos y los caprichos cotidianos de la adolescencia, en otras palabras, la distinción entre lo normal y lo anormal es esencialmente cuestión de grados. (Roberts, C:1989)

FALLA DE ORIGEN

33

1.- *PERTURBACIONES DEL HUMOR* La depresión suele caracterizarse por un sentimiento destacado y permanente de tristeza, decaimiento, distracción y desesperanza. Incluso si estos aspectos no aparecen, que el adolescente no sienta placer o entusiasmo en todas o casi todas sus actividades puede ser una indicación de que está deprimido.

2.- *VARIACIONES DE LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS* Las perturbaciones del apetito, los cambios súbitos de peso, la fatiga frecuente sin relación con la intensidad de la actividad física, y las perturbaciones del sueño constituyen, a menudo, indicios presentes, por separado o combinados.

3.- *VARIACIONES DE LOS ESQUEMAS DE PENSAMIENTO* La incapacidad para concentrar la atención, las fallas de la memoria, la pérdida de la autoestima, el sentimiento de culpa y la ansiedad anormal son usuales.

ooo

4.- *LAS VARIACIONES DE LA CONDUCTA* El aislamiento social, los cambios bruscos de la conducta, el comportamiento rebelde y la manipulación constante y otros signos de hiperactividad son síntomas comunes de la depresión adolescente.

5.- *PROBLEMAS EN EL COLEGIO* El cambio brusco en el rendimiento escolar, los problemas frecuentes con los profesores, o la inasistencia habitual pueden ser signos premonitorios.

6.- *COMENTARIOS O FORMAS DE CONDUCTA RELACIONADOS CON EL SUICIDIO* La fascinación o la preocupación por la muerte, los moribundos o el suicidio es un rasgo usual de depresión en la adolescencia.

CAPITULO III DEPRESION Y SUICIDIO

3.1 DEFINICION DE SUICIDIO E INTENTOS SUICIDAS

La palabra "suicidio", proviene del latin sui: (si mismo) y cidium (muerte, del verbo coedere: matar). Es decir, que etimológicamente significa : "darse a si mismo la muerte".

La enciclopedia británica define al suicidio como "El acto voluntario e intencional de autodestrucción" y, por ampliación, al daño de otros (una forma de suicidarse seria hacerse matar).

Los numerosos autores que desde la antigüedad hasta nuestros días se han ocupado del suicidio, lo han presentado desde distintos puntos de vista; como un acto autodeterminado, como un derecho y como una sentencia. Usando un criterio científico y una actitud psiquiátrico-social el suicidio es una situación, de la cual el suicida es un emergente, es decir, un condensador de las fuerzas agresivas de su medio.

En el suicidio como situación se puede estudiar cada caso como un fenómeno particular, configurado a su vez por otras situaciones que le dan límite y forma: externas o sociales e internas o psicológicas. La situación puede estudiarse en un corte transversal: el momento o acto suicida; o bien en corte longitudinal que incluye la historia del sujeto, los determinantes hereditarios, la disposición suicida, etc.

La palabra suicidio ha creado mucha confusión, ya que se aplica a tal variedad de actos, sentimientos, tendencias y comportamientos que ha perdido su significado como un concepto definido y específico. Por ejemplo, suicidio en su significado más común, es un término de medicina legal que se refiere particularmente a un dato específico que debe incluirse en un certificado de defunción como indicación de una manera de morir. Autodestrucción es un concepto psicológico específico y, por lo tanto, más útil para fines teóricos, ya que implica una psicodinamia consciente o inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo con las características peculiares del ego, etc.

Los seres humanos han tenido, como los demás organismos, una serie de mecanismos adaptativos, los cuales se han desarrollado a fin de proporcionar satisfacción a ciertas necesidades instintivas dentro de su marco de referencia. Cuando estos mecanismos adaptativos se tornan inadecuados para procurar la satisfacción deseada, uno de los resultados posibles es la utilización de actos de autoanulación y autodestrucción.

Tales actos pueden representar un agotamiento de los intentos por obtener placer y satisfacción, por parte del organismo, y dan lugar al desarrollo de formas más primitivas de satisfacer estas necesidades e impulsos. La disparidad entre las formas primitivas de comportamiento y las expectativas más adelantadas, junto con la acción del medio sobre el individuo, puede dar lugar a un estado de posible autodestrucción. Por lo que es importante conocer las intenciones de la persona en relación a la muerte, pues los aspectos interpersonales se basan en la consideración del comportamiento autodestructivo como un medio de comunicar a los otros, diversos sentimientos, demandas o súplicas. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte, en parte, en una comunicación con un propósito determinado y un contenido dirigido hacia un público específico.

La contribución sociológica de mayor importancia en cuanto al suicidio es la hecha por Durkheim (1965), en su libro titulado "El Suicidio", en el que el principio más destacado era que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades externas al individuo. Las instituciones sociales, tales como la familia y los grupos religiosos, eran fuerzas extrapersonales. La sociología debía ser objetiva, puesto que manejaba realidades definidas. La gravitación del suicidio era una de ellas. El suicidio, si bien en apariencia constituía un hecho altamente personal, era sólo explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo pertenecía.

Cuanto más poderosamente el individuo estuviera integrado con los grupos sociales, tanto menor sería la probabilidad del suicidio. Por lo tanto, el suicidio era relativamente improbable entre miembros de familias numerosas y muy religiosas u otros grupos sociales. "El suicidio varía inversamente con el grado de integración con el grupo social del que el individuo forma parte". Muchos estudios realizados acerca del suicidio muestran que éste está asociado por lo menos estadísticamente con la ausencia o pérdida de importantes relaciones sociales. (Durkheim, 1965)

Durkheim distinguía tres tipos de suicidio de acuerdo con el tipo de perturbación en la relación entre la sociedad y el individuo:

Suicidio Egoísta: Un anormal individualismo traía como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad y reducía la inmunidad del sujeto contra la inclinación suicida colectiva. Este tipo de suicidio era el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado en ella.

Incluye la mayoría de los suicidios debidos a enfermedades físicas y mentales, como también los suicidios de los desamparados.

Suicidio Altruista La gente sobre la que la sociedad tenía una influencia demasiado estricta y que a la vez tenía muy poco individualismo podía ser impulsada a la autodestrucción por excesivo altruismo y sentido del deber. A esta categoría pertenecían el anciano y el enfermo que querían aliviar de sí mismos a la sociedad; las mujeres que seguían a sus maridos a la muerte; los seguidores o sirvientes que se mataban tras la muerte de sus jefes. El suicidio altruista inspiraba respeto y admiración.

Suicidio Anómica Si la sociedad fracasaba en el control y la regulación de la conducta de los individuos, estado de cosas que Durkheim (1965) llamó anomia, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales, eran manifestaciones de la anomia. Desembocaban en trastornos de la organización colectiva, lo que a su vez reducía la inmunidad del individuo contra las tendencias suicidas. Esto explicaba la alta tasa de suicidios entre los divorciados. .

Durkheim y Freud (op, cit), dos teorías de la conducta humana no podrían ser más diferentes que la concepción de la conciencia colectiva forzando al individuo a eliminarse y las nociones psicoanalíticas sobre el origen de las tendencias suicidas. Con todo, las dos teorías tienen un aspecto importante en común: ambas contemplan las acciones del individuo como el resultado de fuerzas poderosas sobre las cuales tiene sólo un control limitado. Durkheim localizó dichas fuerzas en la sociedad; Freud, en el inconsciente.

Ahora nos referiremos al intento de suicidio, Farberow y Shneider (1965), refieren que la conducta suicida es un "grito de socorro" en el que el sujeto transmite un mensaje desesperado de angustia y sufrimiento con la esperanza de recibir ayuda de los que le rodean. El que sólo intenta suicidarse pretende llamar la atención y así recuperar al objeto perdido, es una forma de obtener " un tipo peculiar de relación humana" . Es la expresión de la angustia que produce el miedo a perder el objeto amado, por lo tanto es un desesperado y último intento por recuperarlo. El intento suicida se presenta generalmente en la depresión neurótica y, como ya se mencionó, es más bien un chantage que un real deseo de morir.

El hecho de sobrevivir hace del intento suicida una pauta de conducta diferente a la del suicidio y un suceso significativo y a menudo momentáneo en la vida de una persona. La agresión dirigida contra los otros es más manifiesta en los intentos suicidas que en el suicidio..

Los intentos suicidas obran como señales de alarma y tienen el efecto de un pedido de ayuda, aun cuando dicho reclamo pueda no haber sido conscientemente intencionado. El efecto de llamado del intento suicida sobre los parientes y amigos se deriva de los sentimientos de culpa que crea en ellos, incluso si no se sienten directamente responsables de él.

Los efectos psicológicos del intento suicida sobre los allegados a la persona que trató de quitarse la vida tienen relación con las reacciones de pesar. ¿Cuáles son los efectos de la pérdida sobre la gente cercana al muerto? Generalmente hay una erupción de amor póstumo o, al menos, de sentimientos de ternura hacia él; una sensación de culpa por no haberlo querido lo suficiente y no haber hecho bastante por él; remordimiento de que sea demasiado tarde para hacer bien.

La noción del efecto de demanda o función de demanda de los intentos suicidas no implica que el deseo de pedir ayuda sea un motivo consciente. Este es el caso en sólo una minoría de intentos suicidas; pero todos ellos tienen un efecto de demanda potencial. Se puede suponer que esa respuesta predecible del medio en el caso de sobrevivir pudo desempeñar un papel en la motivación de la mayoría de los actos suicidas.

La incertidumbre del resultado, desde el punto de vista de la persona que comete el acto, es una característica común de la mayor parte de las tentativas de suicidio. (Stengel, 1965)

La liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el Yo en una explosión emocional puede tener un efecto catártico beneficioso para el estado mental de una persona, o sea que puede descargar la tensión reprimida y de ese modo restablecer el equilibrio emocional, al menos por un tiempo. Esa es posiblemente una de las razones por las que algunas personas se sienten muy mejoradas tras un intento suicida y dejan de contemplar la posibilidad de repetirlo. En otras palabras, lo anterior supone que el impulso de autocastigo desempeña un papel en las complejas motivaciones de los actos suicidas. Un intento suicida se experimenta, a menudo, como una gratificación a un impulso y puede contribuir así a una descarga de la tensión emocional.

En una revisión de los datos disponibles sobre suicidios e intentos de suicidio, el Doctor James M.A. Weiss (1957) demostró la utilidad de separarlos intentos de suicidio por lo menos en tres grupos principales:

- A) VERDADEROS INTENTOS DE SUICIDIO*
- B) SUICIDIOS ABORTADOS*
- C) GESTOS SUICIDAS*

A) Estas personas intentan seriamente destruirse y lo lograrían si sus esfuerzos no se vieran frustrados por acontecimientos fortuitos, como atenciones médicas oportunas o por cierta ignorancia o ineptitud de su parte. Además, en casi todos los intentos de suicidio va incluido un llamado de ayuda.

B) Este grupo de personas no están totalmente determinadas a destruirse a sí mismas, pero, a sabiendas, se juegan la vida en aras de un premio, esperando ganar y vivir a pesar del peligro involucrado. En general, estas personas buscan apoyo y dependencia.

C) Estas personas, tratan de evitar cualquier peligro al hacer su gesto; se caracteriza por tratar de emplear el chantaje o alguna otra forma de influir sobre los demás, a fin de llevar a cabo una evasión o explotación consciente.

3.2 EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO

Existe un importante grupo de teorías que consideran que el concepto de instinto de muerte es fundamental para explicar el fenómeno del suicidio; a continuación se revisarán algunos puntos de vista de autores que se refieren a este tema desde la teoría psicoanalítica.

Fundamentalmente, las bases del suicidio radican en el hecho mismo de un instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio. Menninger (1938), describe tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir. El comportamiento suicida surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, dando lugar al comportamiento destructivo.

El proceso del melancólico en quien hay una verdadera explosión agresiva contra sí mismo, se describe como de carácter regresivo o incorporativo, en el que la agresión aparece como un medio de posesión-destrucción.

Karl Menninger (1938), sostiene la tesis de que toda clase de conducta hostil a la salud y contra la vida constituye la expresión del instinto de muerte dirigido contra el Yo, siendo el suicidio su manifestación más extrema. Esta línea de pensamiento considera que todo acto suicida conlleva elementos agresivos.

Existen varias teorías que explican el origen de los estados anteriores al suicidio o al intento de suicidio y que presentan como una característica general, la depresión y la agresión.

En su obra "Duelo y Melancolía", Sigmund Freud, (1917), busca como término de comparación aquel estado psíquico llamado duelo (aflicción), en que se encuentra un sujeto después de haber sufrido la pérdida de alguien querido como por ejemplo; en el caso de muerte de algún familiar. Realmente el aspecto exterior de ambas afecciones justifica la comparación, porque en las dos existe la tristeza, el desinterés por lo circundante y la inhibición.

En el duelo, el sujeto tiene que conseguir retirar sus cargas libidinales o sea sus afectos, debido a la inercia psíquica, ésta labor supone un esfuerzo y dicho trabajo del duelo es doloroso. En términos corrientes: es penoso olvidar a alguien que se ha querido.

Con respecto al melancólico, la investigación psicoanalítica es capaz de demostrar que también aquí existe la pérdida de un objeto querido, con la diferencia, frente al sujeto en estado de duelo, que a menudo esta pérdida no ha ocurrido en la realidad exterior, sino solamente en el psiquismo del sujeto, que por motivos varios, se ha visto obligado a romper sus conexiones psíquicas con una persona querida, no por la muerte sino por desengaño. Este proceso se enmascara, porque no transcurre en la consciencia del enfermo. El sujeto enfermo no quiere darse cuenta de él y por ello realiza inconscientemente el trabajo de la reparación afectiva.

Por lo tanto, la existencia de una pérdida, real o intrapsíquica de un objeto querido aproxima al duelo normal a la melancolía patológica separándose ambas afecciones por la consciencia o inconsciencia del proceso.

El melancólico se conduce como si lo perdido hubiese sido su propio Yo, su falta de interés ante todo hacia sí mismo. El sujeto melancólico se considera indigno y se desea la muerte.

Sucede que el sujeto melancólico desconoce la pérdida de un objeto y, en cambio, se hace autorreproches. La clave de este enigma la suministra la observación de casos en los que muchos de los autorreproches son injustificados en lo que al sujeto se refiere, pero, en cambio, son reproches que pueden dirigirse al objeto.

La melancolía es un proceso de duelo análogo al duelo normal, provocado por la pérdida de las relaciones afectivas con un objeto. Es también un proceso de regresión, a partir de una elección narcicista de objeto hasta un narcicismo primitivo, lo que se efectúa llevando consigo el sujeto a la sombra de su objeto. Por su identificación narcicista al atormentarse a sí mismo el melancólico atormenta a su objeto perdido. Y es ello lo que le resulta placentero en su conducta. El melancólico puede llegar hasta el suicidio con la finalidad inconsciente de destruir a su objeto.

Duelo y Melancolía de Freud, suministró una base muy firme que permitió a Karl Abraham en 1924 continuar sus investigaciones; las observaciones de Adler sobre el suicidio son las siguientes:

ESTILO DE VIDA. (MIMADO).— Las tendencias suicidas, como la depresión, a la que se relaciona estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde la temprana infancia, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas; siempre tratarán de descansar en otros.

SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD Y META EGOCENTRICA.— Desde la temprana infancia, la estima por sí mismos es claramente baja, como puede deducirse de sus continuos intentos de lograr mayor importancia. La persona suicida es ambiciosa y vanidosa; la perspectiva del suicidio le da la sensación de ser dueña de la vida y de la muerte. Su pensamiento está centrado en la propia persona más que en un problema o en otras personas.

GRADO DE ACTIVIDAD.— Entre los neuróticos y psicóticos, la actividad generalmente es baja, aunque existe diferencia dentro de los grupos. La actividad es generalmente menor en la neurosis de ansiedad y la esquizofrenia, mayor en la neurosis compulsiva y la depresión y aún mayor en el suicidio.

AGRESION VELADA.— El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando él mismo se lesiona. En el suicidio, el estilo de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás y crear simpatías, es por eso que también se encuentra autoacusación y súplicas de perdón en las notas dejadas por los suicidas.

Adler reconoce que hay también personas suicidas a las que no es posible describir sino como personas bien adaptadas, aunque tales casos son sumamente raros; como situaciones en las que el individuo relativamente sano puede ver el suicidio como el único camino de salida, estos son, como sufrimientos irremediables, ataques crueles e inhumanos, miedo, de que se descubran actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas.

Otro autor de relevante importancia es Sullivan (1953), quien consideró a la persona deprimida como una fuerza muy destructiva, y escribió lo siguiente:

"...Una conjetura importante que puedo hacer es que las demás personas deben sufrir a consecuencia de la depresión del paciente y es difícil encontrar cual es el blanco de su destructividad, ya que todo está fuera de la consciencia del paciente. Sin embargo, el deprimido siempre dá en el blanco, y generalmente lo hace, por desgracia, mediante la autodestrucción. Aquella persona en particular que fué una influencia destructiva en el pasado del paciente es el blanco de su autodestrucción. La intención es que esta persona sufra el resto de su vida porque el paciente se quitó la vida".

Sullivan (1953), además pone énfasis en la interacción de los aspectos del suicidio, y afirma que éste es usualmente una actividad autodestructiva que refleja un odio y hostilidad hacia otros (su entorno).

Frida Fromm-Reichmann, (1950), subrayó la importancia de investigar los sentimientos de tristeza, desesperación y desaliento de estos pacientes, a la vez que se procura hacerlos conscientes de las tendencias destructivas que abrigan contra otras personas.

Clinicamente no es posible hablar de "pacientes suicidas", pues la palabra "suicida" por definición alude a alguien irrescatable, que ya está muerto. Por eso, cuando se habla de suicidio se implica siempre su prevención. Se entiende entonces como paciente suicida a toda persona que presente una disposición superior a la de la población media a sufrir procesos de autodestrucción, parciales, frustrados o completos. Y se entiende como criterio terapéutico el de la prevención de los intentos suicidas.

Al respecto Caplan (1969), establece tres tipos de prevención:

1.-Prevención Primaria, definida como el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas con el fin de reducir la frecuencia de trastornos mentales en una comunidad.

Clinicamente corresponderían a este nivel los estudios de personalidad presuicida así como las condiciones sociales que favorecen su desarrollo, especialmente el estudio del grupo familiar del paciente suicida.

2.-Prevención secundaria, correspondiente con la duración de dichos trastornos.

3.-Prevención terciaria, que atiende el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.

El Dr. Herbert Hendin, (1951), miembro honorario de la fundación Americana Escandinava, reconocido investigador sobre el tema del suicidio, dice : "...Creo que los casos en los que la intención suicida es máxima son tan parecidos a los suicidios consumados, como pudiera razonablemente esperarse".

Por lo que respecta a la intención, a menudo se supone que existe una motivación inconsciente, pero algunas veces se observa una motivación consciente y la necesidad de ocultarla; tal es el caso de las personas que sufren accidentes fatales y la posibilidad de que en ellas exista un deseo inconsciente de morir o en las personas que desean matarse y que logran que su muerte parezca un accidente. Según Hendin, las diversas motivaciones que conducen al suicidio difieren tanto en intensidad como en calidad en forma marcada. Su enfoque psicoanalítico explica el suicidio en base a la depresión y la ira contra alguna persona objeto amoroso del sujeto fundamentada en "Duelo y Melancolía".

En años recientes, en investigaciones hechas por Rado (1938), se ha demostrado que los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. La ira del paciente y su repliegue interior se interpreta como un deseo o un llamado insatisfechos de depender de alguien. Rado también señaló la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra si mismo, y su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, con la esperanza de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de frustración.

La depresión ha sido considerada por todos los observadores como una respuesta a la pérdida de un objeto amado, o un retroceso en la vida. A menudo, la depresión ocurre sin ninguna precipitante evidente. Los sueños y fantasías de tales pacientes revelan la necesidad que tienen de una persona en particular, de la que se ven privados, lo que da lugar a frustración, ira, repliegue interior y depresión.

Las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión. Además, cuando los pacientes tienen fantasías en las que la muerte es un medio de gratificación, el suicidio es un gran peligro. Estas fantasías no siempre son inconscientes.

La expiación indudablemente desempeña un papel en las fantasías mencionadas, como lo desempeña la depresión. La expiación es un importante factor de motivación en el suicidio, ya sea que exista o no, una fantasía placentera relacionada con la muerte, o una depresión. El carácter expiatorio del suicidio está de acuerdo con el interesante hecho clínico de que la depresión a menudo desaparece después de un intento de suicidio, como si hubiera cumplido una penitencia. (cit. Farberow, 1969)

El Dr. Hendin (op. cit), escribe acerca de su experiencia en el hospital de Bellevue, " Al examinar al grupo más joven y a menudo más perturbado de los pacientes suicidas, puede uno observar sentimientos manifiestos de culpa y necesidad de autocastigo. Sus remordimientos son muy variados y van desde actos de promiscuidad sexual, fantasías incestuosas, sífilis imaginaria y faltas cometidas en la escuela, en casos extremos, sentimientos de ser un "Mal muchacho". El tema emocional subyacente en estos pacientes incluye sentimientos de desprecio, inutilidad, miedo, censura, ser acreedores a un castigo y están llenos de odio hacia sí mismos por sus fracasos, temores e incapacidades. Para ellos, el suicidio es un autocastigo en respuesta a sus delirios de culpa".

En esta clase de pacientes se observa, más bien apatía que depresión. Su agresión es hacia sí mismos, se aleja de todo intento de comunicación, renuncian a la idea de pedir ayuda. Su apatía no desaparece después de un intento de suicidio infructuoso y mientras más grande es la apatía, más es el riesgo de un nuevo intento. Existe un deseo de vejar a alguien o de forzar su afecto.

Existe otro tipo de pacientes suicidas y son aquellos en los que realmente no existe ni una depresión importante ni una intención real de morir, sino únicamente el deseo de vejar a alguien o forzar su afecto, este es el motivo dominante. Estos son los llamados intentos suicidas por "Querrelas de amantes", causados por incidentes en los que el paciente se sintió repudiado. Confía en despertar sentimientos de culpa, mediante una especie de chantaje emocional. Este grupo tiene en común con otros muchos, la reacción a una pérdida o abandono real o posible.

Según lo investigado y las experiencias adquiridas por el Dr. Hendin, desde su punto de vista psicoanalítico, la muerte tiene el significado inconsciente de abandono, el joven considera su suicidio o su amenaza de muerte como una represalia.

Las experiencias infantiles del paciente, en términos de abandono y repudio, son tan importantes para valorar el caso, como la manera en que aprendió a manejar la agresión.

En el caso de los pacientes deprimidos, Hendin considera que la psicodinamia de dicha depresión no es suficiente para explicar el suicidio y prueba de ello es el gran número de pacientes suicidas que no presentan ni la dinámica ni las características clínicas de la depresión, y lo que es más importante, muchos pacientes deprimidos no tienen ideas suicidas.

De acuerdo a lo anterior se puede deducir que el hecho de que los problemas de la depresión y del suicidio aparezcan juntos tan frecuentemente, no justifica que se usen las formulaciones dinámicas de la depresión como una explicación general del suicidio.

3.3 DEPRESION Y SUICIDIO

Confrontando las diferentes corrientes acerca del suicidio (psicológico y psiquiátrico), se encuentra que : las causas del suicidio son variadas en aspectos sociológicos y psicológicos.

El motivo consciente es, sólo el último factor precipitante dentro de una multiplicidad de causas. El hombre contra sí mismo, por ejemplo, fué el título de un libro de un psiquiatra americano, Karl A. Menninger, (citado por Frberow, 1973) en el cual toda clase de conducta hostil a la salud y la vida es interpretado como la expresión del instinto de muerte dirigido contra el Yo, de la cual el suicidio se consideraba una manifestación extrema. La conducta habitual que deriva en el auto prejuicio, como el ascetismo y el martirio, el alcoholismo, la conducta antisocial, la automutilación, los accidentes intencionados y algunos tipos de enfermedades mentales son considerados crónicos o como suicidios mentales.

Es el estudio de las fantasías de suicidio, lo que ha arrojado algo de luz sobre la comprensión de los actos suicidas. En la fantasía el suicidio es a menudo un medio para obligar a otros a expresar su amor incluso después de la propia muerte. (Stengel, 1965) .

Pero, tan sólo los motivos conscientes no pueden explicar de modo satisfactorio los actos de suicidio, ya que únicamente ciertas personas reaccionan de esa manera al stress emocional. Las personas que tienden a reaccionar a las situaciones de stress con actos suicidas son llamadas predisuestas al suicidio.

La predisposición suicida podría estar basada sobre ciertos rasgos de personalidad que forman parte del bagaje innato del individuo, o sobre experiencias previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esa manera, o bien las dos. Los factores nombrados en primer término fueron discutidos por los primeros psicoanalistas que concibieron la posibilidad de una agresión constitucional anormalmente poderosa, dirigida contra el Yo en ciertas condiciones psicológicas. El papel de las experiencias previas ha recibido muchísima atención de los psicoanalistas, lo que concuerda con su énfasis en los factores ambientales.

De acuerdo con Farberow, (1969), los mecanismos psicológicos internos que pueden afectar o dar lugar al problema de la autodestrucción en el individuo se refieren básicamente a la intención, esto es, la fuerza del deseo de eliminarse a sí mismo, y a la organización del ego especialmente las estructuras del carácter que tienden a inhibir o facilitar la realización de la intención autodestructiva.

La intención abarca el concepto de la motivación, este incluye tanto la motivación consciente como la inconsciente, cada una de las cuales puede contribuir de manera importante a las tendencias autodestructivas de una persona.

La intención consciente incluye los aspectos de propósito, significado y grado de lucidez del comportamiento autodestructivo, al alcance de la mente consciente del sujeto. Cuando un paciente se da muy bien cuenta del efecto de sus amenazas y/o de sus intentos autodestructivos sobre los demás, el elemento manipulativo de su comportamiento asume gran importancia.

La intención inconsciente es probablemente el aspecto más difícil de valorar ya que todo debe de ser inferido. En vista de que muchas veces las inferencias son de segundo, tercero o cuarto orden, su certeza varía considerablemente. Sin embargo, son estos aspectos del funcionamiento de la persona los que, precisamente, tienen más importancia. Tendencias, impulsos, necesidades, etc. operan primero a partir de niveles inconscientes profundos, que sólo se modifican relativamente por los diversos aspectos controladores de la personalidad. Por lo tanto, lo que se pueda descubrir sobre la motivación que existe en estos niveles es muy significativo.

Todos los factores dinámicos presentes en las personas autodestructivas se encuentran, en cierto grado, en las personas normales. Sin embargo, cuando los factores dinámicos considerados más importantes para la autodestrucción existen con gran fuerza en el sujeto que se está estudiando, y particularmente cuando dos o más de estos factores son muy fuertes, aumenta la posibilidad letal. Los factores dinámicos importantes para Farberow son los siguientes: depresión, particularmente cuando se acompaña de ansiedad; tensión y agitación; hostilidad y culpa (éstos parecen encabezar a los impulsos motores que pueden dirigirse contra el propio ser); y necesidades de dependencia, particularmente si el individuo se ha sentido frustrado y amenazado en grado considerable.

El suicidio y los intentos de suicidio entre los adolescentes han atraído recientemente una creciente atención por parte de los psicólogos, ya que se han comenzado a percatar de su gran frecuencia. Además, en algunos países, tales como los Estados Unidos, las tasas de suicidio se han estado elevando, sobre todo entre los varones adolescentes: la tasa por cada 100,000 varones blancos de entre 15 y 19 años ha pasado de 3.7 en 1951 a 6.4 en 1963 y entre los varones no blancos, de 1.7 en 1951 a 3.7 en 1963; según estadísticas vitales de los E.U.A; National Center For Health Statistics, Washington, D.C.

Si se tiene en cuenta que por debajo de los 19 años la relación entre intentos de suicidio y suicidios logrados es de 33 a 1 y que todas estas cifras son probablemente inferiores a las reales debido a las obvias dificultades para obtener datos válidos acerca de estos problemas, se hace claro que se está frente a un importante problema social cuya gravedad tal vez está aumentando, por lo menos en algunos países.

En México, D. F., los intentos de suicidio durante 1960 dan tasas elevadas en las edades de 20 a 29 años y en la década siguiente (1970) han sido los jóvenes entre 15 y 19 años las que proporcionan la tasa más elevada. (Rodríguez-sala de G., 1974)

Si bien no es posible señalar con certeza unos pocos factores para explicar este fenómeno, se puede tratar de poner en relación el hecho con el efecto de la crisis y desorganizaciones del ciclo vital determinadas social y culturalmente, lo anterior es de gran relevancia para los adolescentes (hombres y mujeres), pues es en este periodo del desarrollo donde se presenta un periodo crítico de conflictos entre sus propias inclinaciones personales y las directivas sociales que les exigen mostrarse sumisos ante la elección de carrera o el cónyuge por la familia.

3.3 DEPRESION Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES

47

Los desórdenes depresivos de los adolescentes, al igual que los de los niños más pequeños, no son diagnosticados con frecuencia. Sin embargo, los síntomas depresivos son bastante comunes entre los adolescentes. Los estudios realizados sobre adolescentes normativos indican que un 40% puede experimentar ciertos sentimientos de tristeza, inutilidad o pesimismo acerca del futuro. Entre los adolescentes que asisten a clínicas y hospitales, menos de un 10% recibe el diagnóstico de estar principalmente deprimido, pero casi la mitad manifiesta las características depresivas de melancolía, autodesprecio, ataques de llanto y preocupación o intentos suicidas.

De todos los disturbios mentales, la depresión es uno de los que provoca mayores riesgos de conducta suicida. Por lo tanto, los fenómenos depresivos son importantes por su frecuencia y por sus implicaciones en los suicidios y en los intentos suicidas.

Pese a que es menos frecuente entre los adolescentes que entre los adultos, el suicidio es la causa de muerte más común durante los últimos años de la adolescencia que en cualquier otro momento de la vida.

A menudo los padres tratan de negar u ocultar las acciones suicidas de sus hijos y a veces los profesionales bien intencionados los registran como accidentes. De esta manera, cada año hay una cantidad desconocida de suicidios en los adolescentes que no se denuncia.

Es necesario identificar los signos que anuncian el suicidio, y actuar en consecuencia. Los síntomas de la depresión, los signos francos como la conversación acerca del suicidio, las fantasías suicidas, la automutilación, la entrega de posesiones muy preciadas, la preocupación por el tema de la muerte en la música, el arte, la poesía o en los diarios personales que escriben los propios adolescentes, la expresión de sentimientos de indignidad, la afirmación de que la familia estará mejor sin ellos, tales son los signos de suicidio que difícilmente podrían pasar ignorados, y de los cuales sin embargo a menudo no se hace caso. (Roberts, 1989)

Entre los adolescentes, es más probable que los varones y no las mujeres se suiciden, en una proporción de 3 ó 4 a uno. En cuanto a los intentos no fatales de suicidio, no obstante, sucede lo contrario, con tres o cuatro probabilidades a una de que la mujer y no el varón haga un intento, es decir, los hombres consuman con mayor frecuencia el acto suicida mientras que las mujeres tienden a frustrarlo. En México D.F. las edades en las cuales se cometen mayor número de suicidios, corresponde a la etapa evolutiva de la edad madura y comienzo de la vejez, en el caso de los hombres; entre las mujeres a la época de la juventud (entré 13 y 17 años), con incidencia que vuelve a ser importante en la madurez. (Rodríguez-Sala de G, 1974)

La mitad de los adolescentes que se quitan la vida utilizan las armas de fuego o los explosivos y el segundo método más común es ahorcarse para los varones (25 %) y envenenarse para las mujeres. El método más utilizado por los jóvenes que intentan suicidarse es la ingestión de algún veneno (cerca del 80% de varones y 90 % de mujeres). De ahí que ambos sexos prefieren las armas para suicidarse y el veneno para intentarlo.

A menudo se considera que la conducta suicida de los adolescentes es una respuesta impulsiva y precipitada a alguna desilusión o frustración inmediata, como la repetición del curso, el alejamiento de un novio o alguna discusión con los padres. No obstante, los estudios profundos que se han realizado con adolescentes suicidas indican que su conducta tiene motivos más complejos que éstos. Los jóvenes que intentan suicidarse por lo general tienen una larga historia de profunda inestabilidad y discordia familiar y han llegado a un punto en el que se sienten alejados de sus padres e incapaces de recurrir a ellos en busca de apoyo. Con frecuencia estos adolescentes han buscado desesperadamente la intimidad y la ayuda emocional de otras personas, sólo para que estas relaciones se derrumbasen por una u otra razón. El adolescente suicida ha debido afrontar un creciente conflicto familiar, relaciones sociales que se disolvan y un progresivo sentimiento de soledad y desesperanza y poco a poco han llegado a la conclusión de que el suicidio es la única salida. (Weiner, 1976)

Es importante reconocer que la conducta suicida de los adolescentes casi siempre representa el intento de un joven problematizado de comunicar su desdicha, en especial a sus padres, y de producir algún cambio en el modo en que lo trata la gente. Por esta razón, muchas veces se dice que la conducta suicida es un pedido de auxilio. Además, como con ella los adolescentes frecuentemente tratan de conseguir algo de sus padres, la gran mayoría de los intentos adolescentes se hacen en el hogar, a menudo mientras los padres están en la casa.

Ma. Luisa Rodríguez-Sala de G, (1974) afirma que la causa aparente del suicidio tiene estrecha relación con consumir o intentar el acto al considerar a los hombres y mujeres en conjunto pues, los motivos comprendidos en los conceptos generales de dificultad familiar y disgustos amorosos inclinan al intento pero no a la consumación.

La previsión de la conducta suicida depende en gran medida del impacto que causa. Si el intento del adolescente hace que sus padres reconozcan sus dificultades y, en consecuencia, se esfuercen por mejorar su comunicación con él y por solucionar los problemas familiares, hay muchas posibilidades de que se evite toda futura conducta suicida. Por otro lado, cuando los padres no se interesan por el intento del adolescente, cuando no lo ven como razón para cambiar sus pautas de vida o cuando reaccionan con rabia, desprecio y ridículo, hay un riesgo considerable de que el adolescente realice esfuerzos ulteriores y más serios para lastimarse.

Winnicott (1987), comenta que "El tema inconsciente puede hacerse manifiesto como la experiencia de un impulso suicida, o como un suicidio real; dado que la espera a los cambios (sexual, crecimiento físico) produce en los adolescentes una gran tensión, aparece un verdadero peligro, que otorga a la violencia un nuevo significado. Junto con la fuerza llegan también la astucia y los conocimientos para usarlas".

Solo con el paso del tiempo y de la experiencia puede un joven aceptar poco a poco la responsabilidad por todo lo que ocurre en el mundo de la fantasía personal. Entretanto existe una fuerte propensión a la agresión, que se manifiesta en forma de suicidio; la alternativa es que aparezca como una búsqueda de la persecución, que constituya un intento de alejamiento de la locura y la ilusión.

Una causa importante del suicidio en la adolescencia es la desilusión. La juventud siempre y necesariamente está más o menos bajo la influencia de grandes expectativas. el mundo es un ideal y las posibilidades muy amolias. Muchos sienten que son inadecuados para las tareas de la vida; muchos cargan sobre si una conciencia intranquila, debilitados físicamente o afectados por la disipación, encuentran la vida tediosa, monótona y desilucionante y se manifiestan inclinados al tedio y a la melancolía. En casi todas las personas estos cambios se agudizan y llegan a una etapa crítica y para las naturalezas débiles esto parece trágico y pueden llevar a un sentimiento de miseria y a un deseo de desechar todo y morir. (Rodríguez-Sala de G, 1974)

Ante todo destacan las diferencias de los motivos del suicidio entre hombres y mujeres, ya que como se menciono anteriormente, demuestran la mayor dependencia de la mujer respecto al hogar, lo prematuro de las relaciones amorosas, incluso el matrimonio en las adolescentes, su extrema sensibilidad y desde luego, el desarrollo más rápido tanto físico como psicológico de las muchachas.

Por el contrario, se ve como a la mujer le perturban menos las razones económicas que a los adolescentes, hasta el punto de que no hay ninguna adolescente que se suicide por esa causa, contra tres varones. Varias razones explican este hecho. Ante todo, la mayor independencia en muchos casos del varón respecto a la economía familiar y de los intereses del hogar; además porque el varón desea una independencia que sólo le dan los recursos económicos propios y, sobre todo, porque el varón tiende con mayor frecuencia y energía a la evasión del hogar con lo que adquiere la responsabilidad de resolver por sí mismo sus necesidades materiales.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el enfoque psicoanalítico explica las causas del suicidio en base a la depresión y la ira que el sujeto experimenta contra alguna persona que representa su objeto amoroso.

La relación entre la depresión y la conducta suicida es compleja, el hecho de que muchos adolescentes han intentado suicidarse y aquellos que lo consumaron sufrieran probablemente de depresión, no quiere decir que esto sea verdad. Según investigaciones realizadas por Ulf Otto Y Cols. (1971); sugieren que no existe un síndrome presuicida específico entre los niños y adolescentes. Para investigar este problema, examinaron el periodo de los tres meses anteriores al acto suicida, para observar si se había producido un cambio en el comportamiento. En el 38.3 % de los casos se había manifestado una depresión. Luego sigue un conjunto de cambios en la conducta 30.1 % que incluye síntomas neuróticos como perturbaciones del sueño, síntomas psicósomáticos, estados de ansiedad, etc.

En el 16.2 % de los casos los síntomas habían sido una mayor irritabilidad, agresividad e hipersensibilidad. En un 12 % hubo alteración de la conducta social, dificultades en la escuela, alcoholismo, etc.

En los niños más pequeños (púberes) pueden observarse: ansiedad, perturbaciones del sueño, dolores de estómago y de cabeza, vómitos, tartamudeo y enuresis nocturna; todo esto manifestación de su mala adaptación o inconformidad en la escuela.

Un estudio sobre el suicidio consumado en adolescentes entre 10 y 14 años hecho por Shaffer (1979), revela no haber encontrado suicidios en menores de 12 años y si un incremento, con la edad después de los 12 años.

De los 31 casos de niños que se suicidaron a lo largo de 6 años de estudio, hubo sólo 4 en los cuales no reportaron sintomatología psicológica, en la mayoría de ellos (57%) se presentaba una combinación de síntomas afectivo emocional antisocial y específicamente, 13 niños, tenían depresión moderada y aislamiento. En entrevistas hechas a sus familiares éstos reportan haber subestimado síntomas psicológicos y en general haber percibido depresión particularmente en la víctima.

Los resultados obtenidos en resumen fueron que los sentimientos de desesperanza no se descubren en la mayoría de los niños suicidas, y de esos sentimientos no desligan a unos de otros; la mayoría de adolescentes reportan sentir desesperanza pero es común que el adolescente lo experimente por sé y esto no incrementa el intento de suicidio en ellos.

Es posible que estos hallazgos tengan alguna diferencia, sin embargo, el reporte del Childrens Depress Inventori aplicado a todos los sujetos que intentaron suicidio y la entrevista hecha después de la prueba en la cual se indagó sobre pensamientos suicidas arrojó abiertamente una correlación directa entre éstos dos aspectos, esto es, los sentimientos de desesperanza están relacionados directamente con el pensamiento suicida.

En un estudio realizado por los Doctores Focerrada, M. Parada, R y Montiel V. llamado "Conducta suicida en el niño", trabajo que fué presentado en el V Congreso Mundial en la Cd. de México, 1971; observaron que : "Durante los diferentes meses del año, hubo algunas variaciones importantes en el número de casos registrados; por ejemplo, durante el mes de Diciembre no se registró ni un sólo caso, lo que se considera consecuencia de las tradiciones navideñas en nuestro país, centradas en atenciones gratificantes para los niños y aún para los adolescentes y adultos".

Durante el mes de Enero se observó un incremento importante, posiblemente influido por las frustraciones a las ilusiones concebidas en el mes anterior, incremento sostenido durante los meses de Marzo, Abril y Mayo, lo cual constituye un fenómeno similar observado en otros estudios.

En los meses de Junio y Julio hay un ligero aumento, lo cual piensan se debe a las tensiones y temores propios de la época de exámenes finales; por último, una declinación durante el periodo de vacaciones Agosto y Septiembre.

En este estudio se observó: impulsividad, autocastigo, siendo esta la causa más común en el sexo femenino como protesta ante exigencias exageradas; amenazas a la libertad, intolerancia a las relaciones sociales, y para llamar la atención o afecto y como expresión de psicosis.

Jerry Jacobs (1971), tomó como base para su estudio del suicidio en adolescentes la teoría sociológica-metodológica de Durkheim en la que sostiene que la aproximación al acto suicida es el resultado de un abandono progresivo y pérdida de interés en las relaciones familiares y sociales más cercanas al individuo. Esto significa saber las condiciones sociales que rodean al individuo, sus relaciones y conflictos con sus allegados así como el concepto que este tiene con su medio ambiente antes de tomar la determinación de acabar con su vida.

Jacobs considera que el adolescente suicida debió experimentar lo siguiente antes de llegar a una decisión:

- 1.-Una larga y dura historia de problemas desde su infancia.
- 2.-Una serie de problemas desde la entrada a la adolescencia relacionados con esta.
- 3.-Fracaso en la adaptación y manejo de problemas e incapacidad para afrontarlos, pérdida de interés en sus relaciones sociales y alienación.
- 4.-Una reacción en cadena de ir disolviendo lo poco que queda de sus relaciones sociales significativas en los días y semanas precedentes al intento suicida, el cual maneja el sentimiento del adolescente como el "fin de su esperanza".
- 5.-Un proceso interno de justificación de su suicidio para sí mismo y por lo tanto el manejo y apertura de un canal entre el pensamiento y la acción.

Connell, (1991); realizó un estudio con adolescentes de entre 14 y 19 años de edad, analizando el stress, la depresión y los intentos de suicidio; en relación con su edad, sexo y lugar donde habitaban (rural - urbano). Los resultados mostraron que un gran número de adolescentes presenta dificultades con el stress y la depresión, siendo esto estadísticamente significativo en relación con el intento de suicidio, siendo más alto el porcentaje en hombres que en mujeres. Connell concluye que el porcentaje de adolescentes que intentaron suicidarse marca la importancia de la prevención del suicidio en los adolescentes que presentan tendencias o muestras de stress y depresión.

Lo evidente es que el número de adolescentes que consuman o intentan quitarse la vida es incomparablemente inferior al de jóvenes que no atentan, ni intentan atentar contra su vida. Aunque lo piensen, aunque exista en muchos, incluso en la mayoría, esa tendencia, la realidad consoladora es que el mayor número no convierte la idea en acto. La razón que debe hacer meditar a padres o maestros, es que para que el suicidio se realice o se intente es preciso que se produzca una profunda inadaptación entre el sujeto y su medio - familia, escuela, comunidad-, y que el adolescente carezca o posea en grado insuficiente los factores físicos, morales, psicológicos precisos para dominar sus propios impulsos y vencer las tendencias autodestructivas mediante el ejercicio enérgico y consecuente de la voluntad.

CAPITULO IV FANTASIAS INCONSCIENTES

4.1 DEFINICION FANTASIAS (CONCEPTO DE FANTASIAS INCONSCIENTES).

El término fantasía se ha usado en diferentes y diversos sentidos, en distintas épocas y por diferentes autores. Dar una definición exacta no es posible porque primero es necesaria una descripción de las series de hechos que poco a poco han ampliado el concepto. El conocimiento de las fantasías inconscientes se basa casi totalmente en deducciones, en realidad toda la teoría psicoanalítica se funda ampliamente en el método deductivo.

Semánticamente, fantasía proviene del griego Phantasia, pasa al latín y significa la facultad que tiene el ánimo de reproducir, por medio de imágenes, las cosas pasadas o lejanas y de representar los ideales en forma sensible o idealizar los reales. En filosofía, fantasía es la actividad psíquica productora de imágenes; por ejemplo, Kant se apoyó en la distinción tradicional de fantasía productiva (inventora de imágenes) y fantasía reproductiva (que reproduce y combina). A la función productiva se le dió el nombre de imaginación. (Jiménez, 1989)

La fantasía se define como "La facultad de crear imágenes ideales a base de imágenes sensibles previas". En el adulto y el adolescente la fantasía es de considerable importancia, (sueños con ojos abiertos), pues desde el punto de vista de la experiencia psicológica es muchas veces el refugio en que se cobija el sujeto después de una frustración. La fantasía crea un mundo nuevo en el que se "consigue" lo que no ha sido posible en el mundo real. Es pues, un mecanismo de defensa que facilita la evasión.

En los trabajos psicoanalíticos el término ha sido relacionado a veces, aludiendo al lenguaje diario, sólo con las "fantasías" conscientes de la índole de los sueños diurnos. Pero los descubrimientos de Freud (1948), pronto lo condujeron a reconocer la existencia de fantasías inconscientes. Esta referencia de la palabra es indispensable. Los traductores ingleses de Freud adoptaron una ortografía especial de la palabra "fantasía" con ph (phantasy) a fin de diferenciar el significado psicoanalítico del término, es decir, fantasías enteras o predominantemente inconscientes, de la palabra popular "fantasía" (fantasy) que significa sueños diurnos conscientes.

Para Freud es un proceso a través del cual el individuo se sale de la realidad para poder satisfacer impulsos; comenta que en los adultos viene a ser un sustituto del juego infantil que ya no puede practicar, salvo en contadas ocasiones, y dice también que es en esencia lo mismo que los sueños. El estudio de estos últimos llevo a Freud a denominarlos "la vía regia para el conocimiento de lo inconsciente en la vida animica".

Una buena parte de su abundante obra se refiere precisamente a los sueños, a sus mecanismos y características, los cuales explica con detenimiento y ejemplifica ampliamente; pero en general consideró que el sueño, ese conjunto de imágenes y pensamientos que se suscitan durante el dormir, es un proceso satisfactor de deseos; deseos insatisfechos procedentes tanto de la vida diaria, como de las profundidades animicas, se descargan en la conciencia en forma de imágenes sensibles; tales deseos a veces aparecen en la temática en forma llana y sin encubrimientos, pero por lo general están escondidos bajo diferentes disfraces que precisamente el análisis logra quitar. Y en este sentido fué como consideró que la fantasía se asemeja notablemente al sueño.

Freud demostró que el mundo interno de la mente tiene una realidad viva, con sus propias leyes y características dinámicas, distintos de los del mundo exterior.

Para Winnicott (1971), el fantaseo, es un fenómeno aislado que no contribuye al soñar ni al vivir; en cambio, los sueños encajan en la relación con los objetos en el mundo real, y la vida en este mundo coincide con el mundo de sueños en formas muy familiares.

Jung (1943), describe la fantasía como " un complejo de representaciones, que se distingue de otro complejo de representaciones, por el hecho de que no responde a él una situación real..." y distingue entre dos tipos de fantasía; pasiva y activa.

En la primera hay una irrupción de los contenidos del inconsciente en la conciencia de tal manera que ésta queda dominada por aquéllos, tal es el caso de los sueños. En la fantasía activa la conciencia es la directriz y aunque se presenten contenidos del inconsciente, ella los maneja ya que al fin y al cabo ella misma los ha extraído; para que la fantasía activa sea suscitada, se necesita una "intuición expectante" que es la disposición para percibir contenidos del inconsciente; y esa intuición debe ser de tipo introvertido o sea referida a los objetos de la propia interioridad. La fantasía activa cuando además va acompañada de una buena capacidad se convierte, en una de las supremas actividades del espíritu humano: la creatividad.

La palabra fantasía se usó también para señalar un contraste con "realidad", tomándose este término como idéntico a hechos externos u objetivos. Algunas personas tienden a oponer "fantasía" a "realidad", de tal manera que subestiman la importancia dinámica de la fantasía. Es decir, se tiende a la desvalorización de la realidad psíquica y del significado de los procesos de la vida mental como tales.

Psicoanalíticamente, la fantasía es la escenificación imaginaria en que se haya presente el sujeto y que se representa en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término de un deseo inconsciente. (Jiménez, 1989)

La fantasía inconsciente está en plena actividad, tanto en la mente normal como en la neurótica; la diferencia entre lo normal y lo anormal reside en la modalidad con que se tratan las fantasías inconscientes, los procesos mentales particulares por medio de los cuales son elaboradas y modificadas, y el grado de gratificación directa o indirecta en el mundo real y la adaptación al mismo, que tales mecanismos permiten.

Se designa con el nombre de *FANTASÍAS INCONSCIENTES* a los más primitivos formaciones psíquicas, inherentes a la realización de los impulsos instintivos, y se atribuyen fantasías inconscientes al niño desde el comienzo de su vida. Las fantasías inconscientes forman parte del psiquismo inconsciente a cualquier edad, y constituyen la matriz donde se desarrollan los procesos pre-conscientes y conscientes. En las etapas más primitivas constituyen la casi totalidad de los procesos psíquicos, y son, por supuesto, pre-verbales o más bien no verbales.

Las fantasías inconscientes están asociadas con la experiencia infantil de placer o dolor, felicidad o angustia; ellas incluyen la relación del niño con sus objetos. Constituyen procesos dinámicos, porque están cargadas con la energía de los impulsos instintivos, e influyen en el desarrollo de mecanismos del Yo. Por ejemplo, la introyección se desarrolla a partir de la fantasía inconsciente del niño de incorporar el pecho materno, que acompaña al deseo del mismo y a la sensación real de que no sea vivida como fantasía inconsciente. (Aguila, 1972)

Los primeros procesos mentales, los representantes psíquicos de los impulsos, es decir, de los instintos libidinosos y destructivos, deben ser considerados como el origen más primitivo de las fantasías. Sin embargo, en el desarrollo mental del niño la fantasía no tarda en convertirse también en un medio de defensa contra la angustia, en un medio de inhibir y controlar las pulsiones instintivas y así mismo la expresión de deseos de restaurar.

Se ha insistido siempre sobre la relación entre fantasía y satisfacción del deseo, pero se ha demostrado que la mayoría de las fantasías sirven también a otros fines, tanto como a la satisfacción deseada; por ejemplo negación, reaseguramiento, control omnipotente, reparación, etc. Es desde luego verdad que en un sentido más amplio todos estos procesos mentales tienden a disminuir la tensión instintiva, la angustia y la culpa, sirven también a los propósitos de la satisfacción del deseo; pero es inútil discriminar los modos específicos de estos diferentes procesos y sus designios particulares. Todos los impulsos, todos los sentimientos, todos los modos de defensa son experimentados en fantasías que les dan vida mental y muestran su dirección y propósito.

Una fantasía representa el contenido particular de las pulsiones o sentimientos que dominan a la mente en ese instante. El mundo de las fantasías presenta las mismas modificaciones que los contenidos de un sueño. Estas modificaciones se producen parcialmente en respuesta a estímulos externos y son en parte resultado de la interrelación entre pulsiones instintivas primarias entre sí.

No sólo las fantasías aparecen y desaparecen de acuerdo con las modificaciones de las pulsiones instintivas, estimuladas por circunstancias externas, sino que también existen juntas, al mismo tiempo, aún cuando sean contradictorias; así como en el sueño pueden existir y expresarse al mismo tiempo deseos que se excluyen mutuamente.

Freud (op. cit) se vió conducido por su estudio de los procesos mentales inconscientes de los adultos a suponer que en el comienzo de la vida mental "...cualquier cosa pensada (deseada) era imaginada simplemente en forma alucinatoria, como sucede todavía con nuestros pensamientos oníricos todas las noches. Llama a esta "tentativa del niño de satisfacerse alucinatoriamente".(Freud,1948)

Existen numerosas pruebas que demuestran que las fantasías actúan en la mente mucho antes del desarrollo del lenguaje y que aún en el adulto continúan actuando independientemente de las palabras. Los significados como los sentimientos, son, mucho más antiguos que el lenguaje.

En la niñez y en la vida adulta, vivimos y sentimos, fantaseamos y actuamos mucho más de lo que expresan nuestras palabras. Sabemos por la danza, el teatro, la pintura y todo el mundo del arte, que riqueza de significados implícitos caben aún en una forma, una línea, un movimiento, una composición de forma o color, o de melodía o armonía de la música.

También en la vida social se manifiesta a través de una expresión facial, tono de voz, gestos, etc; cuantos significados están implícitos en lo que percibimos e imaginamos, a veces sin que se haya pronunciado una palabra o aún a pesar de las palabras pronunciadas. Las palabras son un medio de referirse a la experiencia real o fantaseada, pero no son idénticas a ella ni la sustituyen. Las palabras son signos de la experiencia sin ser ellas mismas el material principal de éstas.

Freud en más de un pasaje, expresa su opinión de que las palabras pertenecen sólo a la mente consciente y no al reino de los sentimientos y fantasías inconscientes. (Freud,1948)

De lo anterior se deduce que las palabras son una adquisición tardía entre los medios de expresar el mundo interno de nuestra fantasía. Cuando el niño puede usar palabras, ya tiene una larga y complicada historia de experiencia psíquica. La primera satisfacción de deseos fantaseada, está unida con la sensación.

Al principio, todo el peso del deseo y de la fantasía está sumido por la sensación y el afecto. Las primeras fantasías por lo tanto, surgen de impulsos orgánicos que están entrelazados con sensaciones corporales y afectos. Expresan primitivamente una realidad interna y subjetiva, aún cuando desde el comienzo se enlazan con una experiencia, aunque limitada y estrecha, de la realidad objetiva.

Las primeras experiencias corporales constituyen los recuerdos más primitivos y las realidades externas se entrelazan progresivamente en el tejido de la fantasía. Pero las fantasías no se originan en el conocimiento articulado del mundo exterior; su fuente es interna, se encuentran en los impulsos instintivos. (Aguila, 1972)

4.3 FANTASIA Y MECANISMOS DE DEFENSA

Freud descubrió los impulsos instintivos fundamentales de la vida mental, y los distintos procesos llamados mecanismos mentales, por medio de los cuales los impulsos y sentimientos se controlan y expresan se mantiene el equilibrio interno y se logra la adaptación al mundo exterior. Estos mecanismos son de muy distinto tipo y muchos de ellos han sido muy estudiados, para los autores actuales todos estos variados mecanismos se hayan en íntima relación con especies particulares de fantasía.(cit. Aguila, 1972)

Dentro del contexto de la presente investigación, nos encontramos con que " Los mecanismos mentales de introyección y la proyección (que son maneras de enfrentarse con las tensiones y conflictos internos); se relacionan íntimamente con ciertas fantasías de penetración: Las fantasías de incorporación de objetos amados y odiados, de personas o partes de personas dentro de nosotros mismos, se encuentran entre las más tempranas y profundas fantasías inconscientes, fundamentalmente de carácter oral, ya que son los representantes psíquicos de impulsos orales.

La fantasía inconsciente de incorporación se describe en términos abstractos como el proceso de introyección. Cualquiera que sea la denominación empleada, sus efectos psíquicos reales le siguen. Aunque no se trata de un verdadero comer corporalmente, conduce no obstante a verdaderas alteraciones del Yo. Estas creencias sobre objetos internos, tales como "tengo dentro de mi un pecho bueno " o "tengo dentro de mi un pecho mordiente, tengo que matarlo y librarme de él" y otras semejantes, conducen a efectos reales: emociones profundas, tipo de conducta hacia las personas, profundas modificaciones en el Yo, carácter y personalidad. (Freud, 1948)

Toda actividad humana deriva de algún instinto; sólo a través de la fantasía podríamos satisfacer las necesidades instintivas cuya realización no podemos intentar en el mundo exterior. (Freud, 1948)

Cuando comparamos las realidades corporales y exteriores, con la fantasía, como son otras actividades mentales, es una ficción, ya que no puede ser tocada, manejada o vista, aunque es real en la experiencia del sujeto. Es una verdadera función mental y tiene efectos reales no sólo en el mundo interno de la mente, sino también en el externo del desarrollo corporal y conductual del sujeto.

Los modales de las personas, tales como tono de voz; postura corporal; modo de caminar y dar la mano; expresión facial y maneras en general, están determinadas por una fantasía específica. Estas son habitualmente muy complejas, relacionadas con los mundos interno y externo y unidas a los antecedentes del individuo. Basta con mirar a nuestro alrededor, para ver las infinitas variaciones de las características corporales, es decir, los modales, mediante los cuales se expresan las fantasías dominantes y los estados emocionales unidos a ellas.

La fantasía es vínculo entre el impulso del Ello y el mecanismo del Yo, el medio por el cual uno se transmuta en el otro. "Deseo de comer esto y por lo tanto lo he comido", es una fantasía que representa al impulso del Ello en la vida psíquica experiencia subjetiva del mecanismo de introyección. Es decir, las fantasías inconscientes forman el vínculo activo entre los instintos y los mecanismos de defensa. Se puede ver que toda variedad de mecanismos del Yo surge de tipos específicos de fantasía, que en última instancia tienen su origen en impulsos instintivos.

Otro punto importante a considerar es el que Freud trata en su ensayo sobre "Negación", él consideró que las funciones intelectuales del juicio de realidad "se derivan de la interrelación de los impulsos instintivos primarios". Si la fantasía es el "lenguaje" de estos impulsos instintivos primarios, puede suponerse que la fantasía contribuye al más temprano desarrollo del Yo en su relación con la realidad, apoyando así al juicio de realidad.

Las primeras fantasías están vinculadas a sensaciones y afectos. Estas sensaciones, por más intensas que fueren bajo la presión del afecto, ponen en contacto a la mente experimentadora con la realidad externa, y con impulsos y con deseos que se expresan. En realidad, tanto la fantasía como el juicio de realidad se encuentran presentes desde los primeros días de la vida del niño.

En sus formas evolucionadas, el pensar con fantasías y el pensar con realidades, son procesos mentales distintos, son diferentes modos de obtener satisfacción. El hecho de que tengan un carácter distinto cuando están completamente desarrollados, no implica necesariamente que el pensar con realidades actúe independientemente de la fantasía inconsciente, (M.Stern), el pensamiento acerca de la realidad no puede actuar sin el apoyo de las fantasías inconscientes, continuamos, durante toda nuestra vida, "incorporando cosas" con nuestros oídos, devorando con nuestros ojos, leyendo, advirtiendo, aprendiendo y dirigiendo internamente. Estas metáforas conscientes representan realidades psíquicas inconscientes.

Al respecto, Melanie Klein (1964) mostró por medio de material clínico descrito en sus trabajos "Infant Analysis" y "The Importance of symbol formation in the development of the Ego", en que forma la función simbólica primaria de los objetos externos capacita la elaboración de la fantasía por el Yo, y permite que las sublimaciones se desarrollen y se transformen en juego y manipulación, y construye un puente entre el mundo interno y los intereses del mundo exterior y el conocimiento de los objetos físicos y los acontecimientos. El mundo físico externo está, por lo tanto, ampliamente libidinizado por el proceso de la formación de símbolos.

Los juegos imaginativos, que en último grado surgen de fantasías inconscientes, de deseos y ansiedades, crean situaciones prácticas que exigen un conocimiento del mundo externo.

Así, el juego espontáneo de imaginación del niño es significativo, no sólo por las intenciones de adaptación y creación, sino también por el sentido de la realidad, la actitud científica y el desarrollo del razonamiento hipotético.

Entre otros estudios realizados con relación a las fantasías, se puede citar a Symonds (1949), quien publicó un estudio denominado "Fantasía Adolescente" en el cual describe el experimento que realizó a base de la prueba de apercepción temática. Se propuso conseguir dos metas:

- a) Explorar las posibilidades del método de apercepción temática.
- b) Estudiar la naturaleza de la fantasía en el adolescente.

Trabajó con 40 adolescentes normales, 20 hombres y 20 mujeres. Utilizando de material la prueba de apercepción temática, consistente en 42 láminas diseñadas por el autor, especialmente para sugerir temas relacionados con las necesidades adolescentes.

Con respecto a la primera meta buscada, el autor encontró que los caracteres y problemas pintados en historias de dicha prueba, no corresponden frecuentemente con los de la realidad de la persona, de lo cual concluyó que lo que se expresa en la fantasía es precisamente lo que no se expresa en la realidad, y por el contrario lo que abiertamente aparece en la realidad, no necesita ser fantaseado.

La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento del adolescente. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como la bisexualidad que acompaña a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento, para recompensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar, el fantasear y el intelectualizar sirven como mecanismo defensivo frente a esta situación de pérdida tan dolorosa. (Aberastury, 1971)

Ante la inminencia de los primeros cambios corporales y la ansiedad que éstos le provocan, el adolescente hace una huida progresiva del mundo exterior y busca un refugio temporario en su mundo interno.

Las características de este mundo interno habrán de determinar en su mayor parte la calidad de sus crisis. El mundo exterior aceptando o rechazando su riqueza creciente, le permitirá o le impedirá desarrollar lo que se considera típico del pensamiento y de la acción del adolescente.

Su nuevo plan de vida le exige plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales, afectivos; implica el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de la capacidad de luchar por conseguirlos. Pero al mismo tiempo, le supone un desprendimiento: abandonar la solución del "como si" del juego y del aprendizaje, para enfrentar el "si" y el "no" de la realidad activa que tiene en sus manos. Es decir, implica un distanciamiento del presente, y con ello la fantasía de proyectarse en el futuro, independizándose del ser con y como los padres.

Todo esto le exige formarse una colección de teorías, un sistema de ideas, un programa al cual aferrarse y también la necesidad de algo en lo que pueda descargar el monto de ansiedad y los conflictos que surgen de su ambivalencia: del impulso al desprendimiento y la tendencia a permanecer ligado.

En la fantasía inconsciente se lleva dentro un mundo formado sobre el modelo de las personas que primero amamos y odiamos y que representan también aspectos de nosotros mismos. Su existencia dentro de nosotros puede ser tanto o más real en nuestros sentimientos inconscientes que los acontecimientos exteriores. (Aberastury, 1971)

El adolescente en su huida defensiva mantiene y refuerza su relación con los objetos internos y elude los externos. En ese momento lo salva del autismo por ejemplo el escribir su diario íntimo, la conexión con el amigo hecho a su imagen y semejanza.

En relación a lo anterior, Bloss manifiesta que es en la adolescencia donde pueden observarse los métodos por los cuales el Yo media entre el impulso y el mundo externo, así como su punto de operación, definiendo al Yo como: "La suma total de aquellos procesos mentales que buscan salvaguardar el funcionamiento mental; con este fin el yo media entre el impulso y el mundo externo". A estas presiones del ello y del mundo exterior debe añadirse una tercera que es, sin embargo, un derivado del medio ambiente, es decir, el superyo. (Bloss, 1971)

Se puede decir que un YO que ha mantenido un funcionamiento mental adecuado durante tiempo de relativa calma, puede ser abrumado por presiones crecientes evidentes durante la pubertad; entonces el carácter de sus recursos se probará a sí mismo como suficiente o insuficiente para la dura tarea. Esta última condición se precipita durante la adolescencia por las crecientes presiones provenientes de las tres fuentes mencionadas.

Anna Freud (1936) se refirió al yo adolescente mencionando que " un ello relativamente fuerte confronta a un Yo relativamente débil". Es decir, el apoyo que el Yo obtuvo de la educación durante la infancia cesa de operar en el modo acostumbrado, debido a que el adolescente rechaza masivamente el control externo como un excedente de la dependencia infantil.

En cualquier crisis, el Yo recurre a medidas de emergencia dirigidas principalmente hacia la protección de su función básica: el mantenimiento de la cohesión psíquica y el contacto con la realidad. Cuando el Yo no es capaz de manejar las situaciones críticas con las que es presentado, recurre a varios mecanismos estabilizadores como inventos temporales para salvaguardar su integridad.

La intelectualización fué descrita por Anna Freud (1936) como un mecanismo de defensa típico de la adolescencia. Representa un intento de dominar los peligros instintivos por desplazamiento, tiene también un aspecto adaptativo que se hace aparente siempre que el desplazamiento ha adquirido el status de un interés yoico, es decir, siempre que la actividad intelectual se ha desligado de su involucración instintiva. Hartmann subraya que la negación y la evasión usadas como defensas también tienen un aspecto adaptativo: se entra a considerar la evasión de lo demasiado peligroso y la búsqueda de lo que es cuando menos posible.

Winnicott (1971), compara las ideas adolescentes con las de la niñez, y menciona: Si en la fantasía del primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia será de asesinato. Aunque el crecimiento en el período de la pubertad progresa sin grandes crisis, puede que resulte necesario hacer frente a agudos problemas de manejo, dado que crecer significa ocupar el lugar del padre. En la fantasía inconsciente, el crecimiento es intrínsecamente un acto agresivo. Si se quiere que el niño llegue a adulto, ese paso se logrará por sobre el cadáver de un adulto.

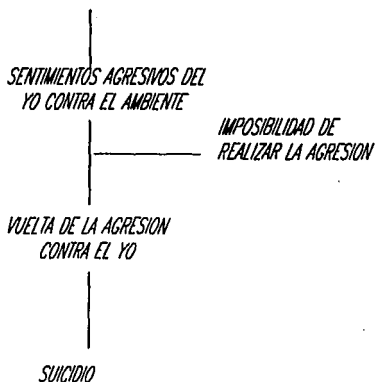
En la fantasía inconsciente total correspondiente al crecimiento de la pubertad y la adolescencia existe la muerte de alguien. Pero en la psicoterapia del adolescente la muerte y el triunfo personal aparecen como algo intrínseco al proceso de maduración y de la adquisición de la categoría de adulto. Los adolescentes necesitan controlar (mágicamente) determinadas situaciones y utilizan ésta para representar un fragmento de su propio mundo interno (o fantasía inconsciente), del cual no pueden hacerse plenamente responsables.

4.4 LAS FANTASIAS INCONSCIENTES DEL SUICIDIO

Un adolescente desde el momento en que es una personalidad de acción, es por lo tanto, predominantemente proyectivo y está ubicado sobre todo en el nivel ideativo de integración; por lo que sus actitudes y fantasías con relación a la muerte y el acto de morir son de vital importancia en la motivación inconsciente del suicidio.(Abadi, 1973)

Según la teoría psicoanalítica, la pérdida de un objeto libidinal valioso y una agresión vuelta secundariamente contra el yo son factores que originan en un individuo la idea de buscar la muerte como medio de solucionar sus conflictos, lo que puede representarse mediante el siguiente diagrama:

*AGRESION DEL AMBIENTE
CONTRA EL YO*



La agresividad dirigida al exterior es la que origina las ideas de suicidio, cuando el ambiente deja de ser desagradable, desaparece la agresión y con ello cesan también los deseos de suicidio. (Abadi, 1973)

Podemos decir que la muerte, como negación de la existencia, no es la única finalidad del suicida. Kauders, (cit. Abadi, 1973) manifiesta que "En el suicidio no podemos ver más que una huida de la vida". En otras palabras, los motivos del suicidio no los suministra la muerte ni el pensamiento de la muerte sino la vida misma.

En la mayoría de los casos la muerte no significa solamente refugiarse en la nada sino que, por el contrario, ocurre que la muerte también proporciona al suicida posibilidades de vida, de las que anteriormente carecía.

De lo anterior se deduce que la idea de la muerte no puede servir como motivación y finalidad del suicidio, dado que no comprendemos su valor. Freud señaló que la muerte no tiene ningún significado para el inconsciente humano. Según Bromberg y Schilder (1933), en la experiencia psicológica inconsciente y consciente, la muerte tiene diversos significados:

- 1.-Huida de una situación intolerable. En la muerte se vive una nueva vida, sin ninguna de las dificultades de la vida actual, con lo que la idea de muerte llega a ser una especie de juego.
- 2.-Muerte puede significar un método para forzar a los otros a dar más amor del que hubiesen otorgado de otro modo.
- 3.-Ser muerto puede ser equivalente de unión sexual en el coito.
- 4.-Muerte puede significar la mayor perfección narcicista, que otorga al individuo una importancia permanente e inamovible.
- 5.-La muerte satisface las tendencias masoquistas; es una idea de autocastigo, ya que perpetúa en la muerte el sufrimiento inflingido por el autocastigo.
- 6.-Todos los instintos libidinales, todos los deseos de vida encuentran, de este modo, una expresión profunda en la idea de la muerte.

Es preciso señalar que los suicidios llevados a cabo inconscientemente (accidentes mortales, enfermedades graves, de filiación psicógena, etc.) son para el psicoanalista tan voluntarios como los actos a través de los cuales un sujeto pone fin, de propósito, a su propia vida. La intencionalidad de un acto es independiente de su toma de conciencia por parte del sujeto. Además, en la fantasía del paciente el suicidio deseado, imaginado o frustrado tiene las mismas connotaciones y psicodinamia que el suicidio realizado o logrado. Y como es sabido, las fantasías del suicidio y eventuales tentativas inconscientes y fallidas de realizarlo, no son privativas de los suicidas sino comunes a todo ser humano. (Abadi, 1973)

El principio de multideterminación de todo acto psíquico permite señalar en todo suicidio múltiples fantasías, que Abadi(1973) enumera, basándose en sus estudios acerca de la motivación del suicidio:

**El suicidio como defensa mágica ante la persecución.* La muerte verdadera, que él realmente teme y desea evitar, es la muerte por manos del perseguidor, que significaría (esa si) su total destrucción y aniquilamiento.

**El suicidio como fantasía de agresión.* En su fantasía inconsciente él estaría desatando una mortífera agresión contra un objeto internalizado, un ser perteneciente a su mundo interno. El suicidio encubre y disimula en este caso un homicidio por venganza, por celos, por envidia, como ataque defensivo frente a un perseguidor. Cabe aclarar que los objetos del mundo externo sobre los cuales el sujeto proyecta y transfiere su relación con los objetos internos a los que ataca en su suicidio, resultan también las víctimas de su agresión.

**El suicidio como fantasía de autocastigo.* Fantasía genérica de culpa y castigo. Sería esta una especie de condena a muerte que el individuo, atormentado por sus sentimientos de culpabilidad y por la correlativa necesidad de castigo se aplica a sí mismo, los sentimientos de culpa no siempre engendran la llamada necesidad de castigo sino más bien la necesidad de apaciguar al perseguidor y el de aplacar el temor al castigo retaliativo; la angustia de culpabilidad induce al sujeto a buscar el anhelado alivio de la absolución y del perdón, a través de un autocastigo expiatorio.

**El suicidio como fantasía de retorno al seno materno y como fantasía de renacimiento.* La noción de muerte está ligada en el inconsciente al estado anterior al nacimiento y el suicidio es, entonces, forzar la mano del destino para volver regresivamente a una forma de vida menos expuesta a frustraciones y persecuciones que la vida extrauterina.

La fantasía de renacimiento estaría expresando el deseo de un nacer diferente, más fuerte, más sano, más joven o con diferente sexo. También se expresan fantasías optativas de reencuentro con los objetos perdidos, con los que el sujeto mantenía una vinculación libidinosa. Como si a través del suicidio, al eliminar la vida en el mundo externo, se orientase todo el vivir hacia la relación y plena comunicación con los seres que habitan el mundo interno.

Un móvil importante del suicidio es, después de ocurrida la pérdida del objeto libidinoso, el deseo del yo de recuperar el objeto, apelando con ese fin al mecanismo de la identificación con la persona muerta, mediante el suicidio.

♦ *Otras fantasías y motivaciones:*

- La idea de omnipotencia en el suicida que dispone (al igual que Dios) de su vida y de su muerte.
- La burla del mundo.
- La fantasía de adquirir un bien mayor, (ganarse el paraíso).
- La idea de una salida desesperada de un callejón sin salida
- La huida de la realidad persecuidora y frustrante.
- Una forma extrema y masiva de negación o represión de la realidad externa e interna.
- Una expiación purificadora de toda culpa.
- Un escapar del sentimiento de soledad.

En la adolescencia, una de las ideas por las cuales la muerte es tan temida es por que está ligada a la idea de soledad, al sentimiento y angustia de no tener a nadie con quien comunicarse, lo que los lleva a suicidarse para terminar definitivamente con esa intolerable espera y tensión.

A continuación se describen algunas de las más recientes investigaciones realizadas al respecto del suicidio o la ideación suicida en adolescentes:

Campbell y D'Altilio (cit. Lester, 1967), investigaron la relación entre la ansiedad de muerte y el suicidio potencial, en adolescentes (hombres y mujeres) de edades entre los 16 y 20 años. Su hipótesis se basaba en la idea de que los "adolescentes suicidas (probablemente) tenían menos miedo a la muerte que los adolescentes suicidas".

El propósito de la investigación era observar si era posible predecir la relación entre la ansiedad de muerte y el suicidio potencial entre los adolescentes. Les interesaba sobre todo, evaluar los factores que pudieran discriminar entre un adolescente suicida y un adolescente no suicida deprimido.

La ansiedad fue medida usando la Escala de Ansiedad de muerte de Templer (1970), formada por 15 ítems, que se contestan mediante verdadero o falso. El riesgo de suicidio fue obtenido a través del uso de The suicide probability scale (Cull and Gill, 1982). Los datos de estas pruebas se analizaron mediante la correlación producto-momento de Pearson, obteniéndose los siguientes resultados:

En la media y desviación estándar de las variables se observó que las mujeres muestran mayor ansiedad de muerte y suicidio potencial que los hombres, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, los resultados indican la importante asociación entre la ansiedad de muerte y el suicidio, mismos que se corroboran con la asociación entre las actitudes suicidas y la ansiedad de muerte, observadas en una investigación similar realizada por Minear y Brush en 1981. (Campbell, 1990)

Son muy pocos los estudios que se han realizado con referencia a la ideación suicida en adolescentes no hospitalizados, y cada una de éstas ha observado un ilimitado número de variables adicionales. En cuanto a la ideación suicida en adolescentes, se realizó una investigación cuyo propósito era determinar si éstos habían experimentado o presentaban ideas de suicidio.

La investigación se llevó a cabo con una muestra de 409 estudiantes de nivel medio, misma que fué dividida en dos grupos: de alto y bajo riesgo, esto se realizó aplicándoles "The Hopelessness Scale" (Beck, 1974) que consta de 20 preguntas acerca de actitudes hacia el futuro: donde los puntajes más altos indican mayor "Desesperanza", ésta fué ampliamente explorada como un vínculo crítico entre la depresión y el suicidio y, considerando que la depresión en el adolescente no se manifiesta abiertamente es entonces, que la desesperanza puede proporcionar una mejor forma de evaluar y clasificar el riesgo suicida en los adolescentes.

Su hipótesis se basaba en la idea de que " el proceso que guía hacia el suicidio puede ser observado como un continuo, comenzando con la ideación, continuando con el intento de suicidio y finalizando con el suicidio consumado".

Los resultados mostraron que el 28.9 % de los adolescentes, manifestaron haber tenido pensamientos acerca del suicidio anteriormente y, el 27.9 % reconoció tener amigos quienes habían considerado o intentado suicidarse. El grupo clasificado como de alto riesgo mostró significativamente baja autoestima, pobres relaciones interpersonales y mayor estrés en los eventos de su vida diaria.

Los hallazgos anteriores apoyan la idea de que en el trabajo con adolescentes es importante tomar en cuenta todos los aspectos que se encuentran alrededor del individuo, así como trabajar tanto con población común como con pacientes hospitalizados. (Cole, Protinsky, Cross; 1992)

Los resultados de la investigación anterior se corroboran en otra realizada con adolescentes en un hospital pediátrico, donde se hizo una comparación entre adolescentes suicidas, adolescentes con ideas suicidas y un grupo control, en relación con problemas de conducta, depresión y falta de insight.

Tomando en cuenta que muchos adolescentes exhiben variados grados de patología suicida, desde la pasiva ideación hasta el intento de suicidio se considera sin embargo, a las ideas de suicidio como un rasgo común en los adolescentes, por lo que en muchos estudios no utilizan esto como un índice de alto riesgo. (Shaffer, 1988)

Los resultados de esta investigación mostraron que:

La depresión y ausencia de insight fué observada significativamente con mayor frecuencia en el grupo de ideación y de intento de suicidio, comparados con el grupo control.

La comparación de diagnósticos psiquiátricos en los tres grupos mostró significativamente una más alta incidencia de serios problemas en el grupo de intento de suicidio, comparado con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de ideación suicida e intento de suicidio, en ninguna de las variables estudiadas, excepto en las áreas de sexo y problemas de índole físico. (Paluszny, Davenport, W. Jung Kim; 1991)

CAPITULO V METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los seres humanos han tenido, como los demás organismos, una serie de mecanismos adaptativos, los cuales se han desarrollado a fin de proporcionar satisfacción a ciertas necesidades instintivas dentro de su marco de referencia. Cuando éstos mecanismos se tornan inadecuados para procurar la satisfacción deseada, uno de los resultados posibles es la utilización de actos de autoanulación y autodestrucción. Tales actos pueden representar un agotamiento de los intentos por obtener placer y satisfacción por parte del organismo, y dan lugar al desarrollo de formas más primitivas de satisfacer estas necesidades e impulsos. La disparidad entre las formas primitivas de comportamiento y las expectativas más adelantadas, junto con lo social sobre el individuo, puede dar lugar a un estado de posible autodestrucción. Por lo tanto, es importante conocer las intenciones y motivaciones de la persona en relación a la muerte. (Rocheblave, 1978)

¿EXISTIRAN DIFERENCIAS EN LAS FANTASIAS REFERENTES AL SUICIDIO, EN ADOLESCENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS ?

La importancia clínica de la presente investigación radica en que, una de las ventanas a través de las cuales se pueden percibir las motivaciones de suicidio del paciente son sus fantasías. Estas pueden manifestarse en distintas formas, como sueños, divagaciones y resultados de pruebas psicológicas. Cuando estas fantasías contienen ideas de autodestrucción, lesión hacia sí mismo, fracaso, sensación de no valer nada, el paraíso, reencarnación, etc; puede decirse que existe un mayor grado de potencialidad de autodestrucción. Por lo que conociendo de algún modo si existen o no fantasías en los adolescentes con respecto al suicidio y su relación con la depresión podrían de esta forma crearse métodos y técnicas para la detección oportuna de sujetos que pueden llegar al intento de suicidio o inclusive realizarlo. (Farberow, 1969)

HIPOTESIS CONCEPTUAL

En la presente investigación se retoma la importancia que tiene la depresión en la etapa de la adolescencia, ya que como manejan varios autores, los síntomas depresivos son bastante comunes entre los adolescentes y estos son los que provocan mayores riesgos de conducta suicida. (Weiner, 1976)

Sin embargo, las conductas suicidas obran generalmente como señales de alarma y tienen el efecto de un "pedido de ayuda", aún cuando dicho pedido pueda no haber sido conscientemente intencionado.

La relación entre la depresión y el suicidio deriva principalmente de que la adolescencia es comunmente descrita como un período de crisis, ante esto se cree que la depresión, así como la rebeldía, y la angustia, podrían ser una consecuencia natural en el problema del desarrollo mental de la adolescencia. (Berman, 1991)

Además, se hace hincapié en el hecho de que la psicodinamia de la depresión no es suficiente para explicar totalmente la génesis del suicidio. Dado que Hendin, (1969); formula que no todos los pacientes suicidas presentan la dinámica ni las características clínicas de la depresión, y lo que es más importante, muchos pacientes deprimidos no tienen ideas suicidas. De lo anterior deduce que las actitudes y fantasías del paciente en relación a la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio exista o no depresión.

HIPOTESIS

Ho No existen diferencias en las fantasías referentes al suicidio, en adolescentes deprimidos y no deprimidos.

Ha Existen diferencias en las fantasías referentes al suicidio, en adolescentes deprimidos y no deprimidos.

VARIABLES

VI Sujetos determinados como "Deprimidos" y "No deprimidos"

VD Fantasías de suicidio.

Se define a la fantasía como "La facultad de crear imágenes ideales a base de imágenes sensibles previas". Psicoanalíticamente se designa con el nombre de fantasías inconscientes las más primitivas formaciones psíquicas, inherentes a la realización de los impulsos instintivos. "La fantasía es la escenificación imaginaria en que se haya presente el sujeto y se presenta en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término de un deseo inconsciente".

Definición conceptual de Fantasías de suicidio:

Fantasías de suicidio se refiere a todas aquellas fantasías que contienen ideas de autodestrucción, lesión a sí mismo, fracaso, sensación de no valer nada, falta de esperanza, rescate, retorno al seno materno, paraíso, reencarnación y renacimiento; ya que puede decirse que estas ideas pueden ser importantes en la motivación del suicidio por el papel que desempeñan en el contexto de una determinada fantasía de suicidio. (Abadi, 1973)

En relación a la fantasía se debe observar si el sujeto muestra signos de angustia, malestar, cuál es su actitud emocional general o su sentimiento inmediato hacia tal o cual persona, qué pérdidas han sido experimentadas recientemente o se esperan, todo lo anterior sirve para indicar el carácter y actividad de las fantasías que actúan en la mente del sujeto.

TIPO DE INVESTIGACION: EXPLORATORIO.

X ____ Y

X1= VI Deprimidos

X2= VI No deprimidos

Y = VD Fantasías de suicidio

POBLACION

Alumnos que cursaron el tercer año de secundaria durante el periodo escolar 91-92. La población total estuvo constituida por tres grupos de tercer año, cada grupo con 23, 31, 31 alumnos respectivamente, cuyas edades fluctúan entre los 14 y 15 años de edad, distribuyéndose del siguiente modo, 41 mujeres y 44 hombres, haciendo un total de 85 alumnos.

MUESTRA

A los alumnos que conformaron la población total se les aplicó la prueba de ZUNG, para la automedición de la depresión, obteniéndose los resultados de ésta, se seleccionaron al azar 15 alumnos cuyas puntuaciones marcaron un índice AMD promedio de 33, en un rango de 25-43, lo que indica controles normales y se determinaron como "No deprimidos". Del mismo modo, se obtuvieron 15 alumnos cuyas puntuaciones indicaron un índice AMD promedio de 53, con un rango de 40-68, que se diagnosticó según la escala de ZUNG como "reacciones de ansiedad", y se determinaron como "Deprimidos".

TECNICA DE MUESTREO

La técnica de muestreo fue la de elección al azar o método probabilístico.

ESCENARIO

En la aplicación de la escala de ZUNG para la automedición de la depresión "EAMD", se utilizó el salón correspondiente a cada grupo pues la aplicación se realizó en forma colectiva. Para la aplicación del Test de Apercepción Temática "TAT", se utilizó un salón vacío previamente asignado por las autoridades de la escuela, con un escritorio y dos bancas, en este mismo salón se realizó la entrevista que se hacía después de presentadas todas las láminas del TAT.

DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de Automedición de la Depresión de ZUNG: (EAMD)

Test de Apercepción Temática (TAT)

Entrevista Semidirigida

EAMD de ZUNG— La escala fué creada por los Drs. William W. Zung y D.C. Durham, profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en E.U. .

Se creó por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión, como afecto, como síntoma o como enfermedad, de forma sencilla. Los criterios para el diagnóstico clínico se encuentran divididos en:

- a) Afecto profundo
- b) Equivalentes y concomitantes fisiológicos
- c) Concomitantes psicológicos.

La EAMD posee veinte reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para tener una respuesta sintomáticamente negativa, la menor puntuación es para los menos deprimidos, cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: a) muy pocas veces, b) algunas veces, c) la mayor parte del tiempo y d) continuamente.

Relación de los síntomas de depresión con los temas de la escala AMD.

*SINTOMAS DE LOS DESORDENES
DEPRESIVOS*

*TEMAS DE LA ESCALA AMD
Y NUMERO DE PREGUNTA*

A) Afectivos persistentes:

- Deprimido, triste, melancólico
 - Accesos de llanto
1. me siento abatido y melancólico
2. Tengo accesos de llanto y deseos de llorar

B) Equivalentes fisiológicos:

- Variación diurna; exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.
 - Sueño; despertar temprano o dormirme en la noche
 - Apetito; disminución en la ingestión de alimento
 - Pérdida de peso; asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido.
 - Sexuales; libido disminuido
3. En la mañana me siento mejor
4. Me cuesta trabajo frecuente
5. Como igual que antes solía hacerlo.
7. Nota que estoy perdiendo peso.
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales

- Gastrointestinales; constipación.
(estreñimiento)
 - Cardiovascular; taquicardia
 - Musculoesqueléticos: fatiga
- 8.Tengo molestias de constipación.
- 9.El corazón me late más aprisa que de costumbre.
- 10.Me canso sin hacer nada.

C)Equivalentes psicológicos:

- Agitación psicomotora
 - Retardo psicomotor
 - Confusión
 - Vacuidad
 - Desesperanza
 - Indecisión
 - Irritabilidad
 - Insatisfacción
 - Devaluación personal
 - Rumiación suicida
- 13.Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- 12.Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
- 11.Tengo la mente tan clara como antes
- 18.Mi vida tiene bastante interés
- 14.Tengo esperanza en el futuro
- 16.Me resulta fácil tomar decisiones
- 15.Estoy más irritable de lo usual
- 20.Todavía disfruto con las mismas cosas
- 17.Siento que soy útil y necesario
- 19.Creo que les haría favor a los demás muriéndome.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA EAMD.

En 1965 W.W. Zung y colaboradores realizaron un estudio con objeto de validar la EAMD con 152 pacientes de consulta externa. A estos pacientes les fué aplicado previamente el Ohio Literacy Test - esta prueba se califica por niveles y los sujetos elegidos para este estudio fueron los que quedaban clasificados en el quinto nivel-. Después en una consulta inicial les eran aplicados el MMPI y la EAMD. El MMPI fué utilizado como prueba control por ser válida y confiable.

Los datos con los que se trabajó para la validación de la escala fueron: el resultado de las pruebas, Ohio Literacy Test, MMPI y EAMD; la impresión clínica y el diagnóstico final. A estos datos se les aplicó el análisis de correlación múltiple del que se obtuvo la ecuación de regresión: $y=0.75 + 31.7$.

Para medir el índice de correlación entre la EAMD y las diez escalas del MMPI se utilizó la correlación de Pearson Producto-momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala D (Depresión) que contiene un valor de $r=0.70$. El siguiente índice en importancia es con la escala PT (Psicastenia) $r=0.68$, que se da por el tipo de población que fue estudiada y por la alta correlación entre las escalas D y PT que es de $r=0.79$. La menor correlación es con la escala MA (Manía) donde $r=0.13$.

El análisis de varianza para la escala D del MMPI diferencia los grupos depresivos y con reacciones de ansiedad a un nivel de significancia de 0.05; mientras el análisis de los índices de la EAMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01, lo que sugiere que ésta puede ser un parámetro más sensible para medir la depresión.

En 1967, W.W. Zung realizó un estudio para medir los factores que pudieran influir en la EAMD. Utilizó una población de 159 pacientes que recurrieron a consulta externa en un periodo de seis meses (Enero-Junio) durante 1966, en este estudio fueron tomados en cuenta los factores demográficos que pueden influir los resultados de la EAMD. Estos factores son: edad, nivel educativo, ingreso anual y estado civil, también se les aplicó el Ohio Literacy Test.

A este test y los factores demográficos mencionados se les analizó su correlación con respecto a la EAMD: Los resultados obtenidos indicaron un bajo índice de correlación, por lo que se concluyó que los factores demográficos no afectan el resultado de la EAMD.

En 1972, nuevamente, Zung realizó un estudio para corroborar la validez de la EAMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados, todos los hombres de entre 22 y 72 años; 73 eran pacientes externos, 23 hombres y 50 mujeres entre los 14 y 72 años. Como medida objetiva para establecer la depresión fueron usados el D.S.I. (Depression Status Inventory) y la EAMD.

Se usó la correlación de Pearson Producto-Momento para calcular los datos obtenidos. La correlación entre la AMD y el DSI fué de 0.87. Las correlaciones medias para los diez reactivos pares y para los diez reactivos nones del DSI fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ($p=0.1$)

Conde López y De Esteban Chamorro (1975), realizaron una investigación para establecer el nivel de consistencia interna de la EAMD con una muestra de 250 sujetos normales y 46 pacientes depresivos hospitalizados, a través de la EAMD y el Inventario para la Depresión de Beck. "El cálculo del índice de Homogeneidad se llevó a cabo mediante la prueba del 27% superior e inferior aplicando la correlación biserial (r_b), habitual en este tipo de estudios. Para la fiabilidad de la escala, en cambio, se halló la correlación por la prueba de las dos mitades, sometiéndola después a la correlación de Spearman Brown".

El coeficiente de fiabilidad o precisión fué de 0.80 para la EAMD.

Lara Tapia, H. y colaboradores realizaron el 1976 un estudio en la Ciudad de México, con el propósito de adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. En el estudio se incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y 64 años. Se utilizó como prueba control el MMPI. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que la EAMD es un instrumento que ayuda en la detección de la depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas. (Lara Tapia, 1976).

TEST DE APERCEPCION TEMATICA

El TAT, aparece en las baterías de tests mentales en 1935 debido al empeño de dos estudiosos de la clínica psicológica de Harvard; H.A. Murray y Christina D.Morgan, que en ese año publicaron la monografía: A Method for Investigating Phantasies: The Thematic Apperception Test. Posteriormente el material y el método sufrieron distintas modificaciones. A la edición original de las láminas siguieron otras tres, siendo la última publicada en el año 1942 por la propia editorial de Harvard.

El TAT se considera un test proyectivo en tanto las historias que las examinadas tejen sobre cada una de las láminas se ven como proyecciones, esto es, atribuciones de sentimientos y sensaciones, necesidades o impulsos del individuo, provocadas por los materiales estímulo de las láminas. De acuerdo con la hipótesis proyectiva el yo utiliza el mecanismo de proyección como defensa contra fuerzas inaceptables y lo hace, por lo menos en parte, inconscientemente.

El TAT constituye un método eficaz para el descubrimiento de determinadas tendencias, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de la personalidad. Su valor especial consiste en su poder de revelación de las tendencias subyacentes inhibidas que el sujeto no quiere o no puede admitir a causa de su índole inconsciente. (Murray, 1979).

El hecho de que las historias narradas por los sujetos descubran frecuentemente, significativos componentes de la personalidad depende de la intervención de dos tendencias psicológicas:

A> De la propensión a interpretar una situación humana ambigua con arreglo a las experiencias pasadas y a las necesidades presentes; y

B> De la tendencia de quien está en trance de componer una historia, a proceder de manera similar, a utilizar su reserva de experiencia subjetiva, es decir, sus ideas, y cuáles son las ideas y los conflictos que maneja con los medios que le ofrecen su personalidad y su inteligencia.

El repertorio completo está integrado por 31 láminas; de ellas 30 son pictóricas y una blanca. Según el procedimiento de Murray, sólo se administran 20: 11 son universales y se administran a todo examinado; 9 son específicas y se administran discriminadamente, según la edad y sexo del examinado.

Las historias del TAT, al igual que las comunicaciones de todos los días, nos muestran casi siempre cómo se evade el sujeto, niega o expresa indirectamente sus contenidos ideacionales esenciales. (MURRAY, 1979)

ENTREVISTA

Es este un método para recoger información sobre el sujeto, se formularon las preguntas, en las que el alumno tendrá plena libertad de contestar, dichas preguntas se refieren a: el número de miembros en la familia, ocupación de ambos padres, la relación del sujeto con sus hermanos, padres y amigos en la escuela, relaciones de sus hermanos entre ellos y con sus padres, sus cualidades y defectos, etc; así como recuerdos agradables y desagradables que le hayan sucedido.

El tipo de entrevista es focalizada y semi estructurada ya que se elaboraron una serie de reactivos que sirvieron como centro de la entrevista.

Esta entrevista se llevó a cabo cuando el sujeto había hecho el relato de todas las láminas que le fueron presentadas. Lo anterior se hizo con la finalidad de averiguar la recurrencia de datos y obtener información complementaria que se pudiera presentar en las historias, considerando las interrelaciones entre los datos obtenidos en las historias y en la entrevista. Dado que en esta también se revelaron fantasías e ideas con relación al suicidio o la muerte.

PROCEDIMIENTO

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en tres sesiones.

En la primera sesión, a los 85 alumnos que conformaron la población total se les aplicó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, en el salón al que correspondía cada grupo, habiendo sido este previamente asignado por las autoridades de la escuela; ahí se les dijo que les sería aplicada una prueba psicológica para adolescentes, aclarándoles que no existían respuestas "buenas" ni "malas" y que la información obtenida sería confidencial.

Se dió al sujeto la lista de declaraciones y se le pidió que señalará la aseveración que se pegara más a su caso en ese momento; las dudas surgidas pudieron ser aclaradas sin ningún problema. Después se pidió a los alumnos que guardaran todo y sólo conservaran la hoja de declaraciones, lápiz y goma. Al finalizar la prueba se les dieron las gracias por su participación y colaboración.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Una vez obtenido el índice AMD se deduce el diagnóstico final auxiliados con la siguiente tabla:

<i>DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION</i>	<i>INDICES AMD PROMEDIO</i>	<i>RANGOS</i>
Controles normales	33	25-43
Deprimidos hospitalizados	74	50-78
Deprimidos ambulatorios	64	63-90
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Desórdenes de personalidad	53	42-68
Reacciones de ajuste	53	38-68

Para efectos de ésta investigación, teniendo los resultados de la EAMD se tomaron al azar 15 sujetos que según la tabla anterior obtuvieron un índice AMD promedio de 33, lo que se diagnostica como "controles normales", igualmente se tomaron al azar 15 sujetos que estuvieron ubicados en un índice AMD promedio de 53, determinado con un diagnóstico de "reacciones de ajuste". Lo anterior se hizo con la finalidad de clasificar a los sujetos que según las puntuaciones de la EAMD se diagnosticaron como "No deprimidos" (índice AMD=33), y como "Deprimidos" (índice AMD=53); que hicieron un total de 30 sujetos, mismos que conformaron la muestra de la población total y pasaron a las siguientes sesiones.

La selección de los sujetos fué independiente del sexo, es decir, este no se tomó en cuenta en la elección.

Se formaron dos grupos, determinándose como grupo "1" el de "Deprimidos", y como grupo "2" el de "No deprimidos". Conformándose los grupos de la siguiente manera: en el grupo "1" 12 mujeres y tres hombres, 7 de 14 años y 8 de 15 años de edad. El grupo "2", formado por 7 mujeres y 8 hombres, de los cuales 3 contaban con 14 años y 12 con 15 años.

En la segunda sesión se aplicó individualmente -a los 30 alumnos que conformaron la muestra- el TAT, en un salón con dos bancas y un escritorio, donde el sujeto se sentó frente al examinador. Habiendo establecido un adecuado "Rapport" para evitar tensión en el sujeto, se dijeron con lentitud las instrucciones, éstas fueron:

"Te voy a ir mostrando algunas láminas, una cada vez y deberás inventar una historia para cada una, que tenga la mayor acción y el mayor número de personajes posibles; dirás qué está sucediendo en ese momento, que ha sucedido antes, y cómo terminará; qué sienten y piensan los personajes. Voy a escribir lo que expreses, en lo posible al pie de la letra. Por lo tanto, te ruego que no te apresures". Aquí esta la primera.

Esta consigna se repitió varias veces en algunos sujetos y hubo necesidad de cambiar algunas palabras de modo que fueran más fáciles de entender. A lo largo de la prueba también en algunos casos se hicieron preguntas como: "¿Qué pasa aquí?, ¿Qué produjo esa situación?, ¿Qué resultará de esto o cómo terminará la historia?", "¿Qué sienten y piensan los personajes?".

Las historias se tomaron textualmente y se registró el tiempo transcurrido entre la presentación de las láminas y el comienzo del relato, también se anotaron los comentarios y preguntas tanto del sujeto como del examinador. Al terminar la sesión se le dieron las gracias al sujeto.

Las historias se analizaron mediante un análisis de contenido, y con formato del protocolo de análisis de L. Bellack.

En la selección de láminas para el TAT individual, además de la edad y el sexo del examinado se investigaron otros criterios determinantes para seleccionar una u otra lámina, basándose en la técnica del Dr. J.J. Lasaga (1946), quién menciona que "Es preferible que las láminas seleccionadas tengan algún personaje que le sea suficientemente propicio al sujeto para que pueda lograse una adecuada identificación".

Dado que en la presente investigación se pretendió conocer si existen o no diferencias en cuanto al contenido de las fantasías referentes al suicidio y diferencias en el tipo de fantasías de suicidio en adolescentes, además del criterio de selección de láminas del Dr. Lasaga, se recurrió a estudios realizados por L. Bellack (1987) en relación al TAT en clínica, en los cuales indica los temas que más tienden a aparecer en los relatos de cada una de éstas, por lo que las láminas utilizadas fueron aquellas en las que los temas obtenidos habitualmente son: depresión, rechazo, suicidio, desesperación, culpa, tristeza, dificultades amorosas, soledad, evasión, frustraciones, expectativas, ambiciones, sentimientos de desdicha y tendencias a mantener la esperanza o ceder. Por tanto, las láminas utilizadas fueron:

MUJERES L1, 2, 3NM, 8NM, 14, 15, 17NM.

HOMBRES L1, 2, 3VH, 8VH, 13V, 14, 15.

En la tercera sesión, se realizó una entrevista semidirigida con cada uno de los 30 alumnos que conformaron la muestra; con preguntas sobre las relaciones del sujeto con sus padres, hermanos y amigos tanto en la escuela como en su casa, así como sus intereses y expectativas. Se realizó en forma individual en un salón con dos bancas y un escritorio.

PREGUNTAS

EDAD (AÑOS, MESES) SEXO
 Miembros de los que consta la familia.
 Edad y sexo de los hermanos, sus ocupaciones.
 Ocupación de los padres, si vive con ambos padres.
 Relación con amigos de la escuela y en casa.
 A qué dedica su tiempo libre.
 Estado de ánimo por lo general.
 Relación entre padres y hermanos, relación del examinado con padres y hermanos.
 Quién eligió su nombre.
 Qué considera que esperan sus padres de él.
 Qué desea hacer en el futuro.
 Cualidades que considere tener, así como defectos. Descripción de sí mismo en pocas palabras.
 Recuerdos agradables y desagradables.

Las preguntas variaron en orden y formulación en cada sujeto, según se iba presentando el discurso del examinado.

Una vez obtenidos los relatos (historias) de las láminas, se identificaron los indicadores de la prueba TAT, así como los indicadores basados en el marco teórico, definiéndose después cada uno de los indicadores operacionalmente.

Teniendo elaborados los criterios, se procedió a hacer el cómputo de dichos criterios indicándose con el número "1" cuando se encontraban presentes, y con el "cero" si no se encontraban presentes en el relato de las historias.

Una vez que se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de cada uno de los indicadores por lámina, se procedió a analizar éstos datos mediante un paquete estadístico aplicado a las ciencias (SPSS); finalmente se procedió al análisis estadístico de los datos y su interpretación.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS CATEGORIAS

A continuación se enumeran las categorías o criterios que se tomaron en cuenta para indicar la presencia de fantasías de suicidio, tomadas del análisis de cada una de las historias relatadas por los sujetos. Los siguientes criterios están basados en el contenido de las historias, el análisis se obtuvo marcando la frecuencia en que aparecieron los criterios en cada una de las historias, según se encontraron en uno o varios de los personajes principales o secundarios, o en el tema predominante de la historia.

Los criterios se indicaron con el número "uno" cuando estaban presentes, y con el "cero" si no se encontraban presentes en la historia relatada por el sujeto. Los criterios se obtuvieron del manual de aplicación e interpretación de la prueba TAT, (Murray, 1979); y de los criterios elaborados en la tesis "Estudio del ensueño en adolescentes" (Rivera, Kaminsky, Durán; 1988). Los criterios fueron elegidos de acuerdo al objetivo de la investigación.

CARENCIA: Falta o privación de algo.

SOLEDAD: Es la falta o ausencia de compañía física y moral.

ABATIMIENTO: Experimentar sentimientos de desengaño, desilución, pena, aflicción, melancolía.

ASPIRACIONES: (Realización) Lo que un individuo quiere alcanzar para satisfacer sus necesidades y sus deseos, lo que requiere de su medio ambiente y de la sociedad en general (logros, metas).

NECESIDAD DE AFECTO: El sujeto demanda la manifestación de afecto de uno o más personas.

FRUSTRACION: Deseos no logrados, existencia de un obstáculo que impide la satisfacción personal.

AGRESION: Acción hostil que pretende hacer daño o causar malestar.

AUTOAGRESION: Culpar, criticar, reprobar o disminuirse a si mismo o causa de una equivocación o un fracaso. Padecer sentimientos de inferioridad, culpa, remordimiento o castigarse físicamente.

CONFLICTOS DE ADAPTACION AL MEDIO: Dificultad para integrarse adecuadamente al medio ambiente en general.

CONFLICTO INTRAFAMILIAR: Dificultad de adaptación dentro del seno familiar.

DEVALUACION: Sufrir sin resistencia una presión desagradable, (ataque, insultos, derrota).

RECHAZO / ABANDONO: No ser deseado, ni atendido, negar el afecto.

PERDIDA: De algo o alguien (muerte de un objeto amado).

SUICIDIO: Deseo de muerte como expresión de un estado de angustia o desesperación y ausencia de otras salidas.

MUERTE: La idea de muerte de uno mismo o de otras personas.

CATEGORIZACION DE LOS INDICADORES:

***CARENCIA** se indicó como presente cuando en la historia se expresa que se tienen problemas con o por la falta de objetos materiales, como por ejemplo: dinero, ropa, comida etc. Se indicó como ausente si no se menciona en la historia que se carece de algo "material" o que el carecer de algo no causa problemas.

*El indicador **SOLEDAD**, se anotó como presente cuando en la historia se menciona que el personaje principal o alguno de los personajes presentes refiera ("vivir solos, en la obscuridad, alguien que está encerrado en su mundo, el sentirse o estar solos; no tener a nadie en el mundo"). Este indicador se indicó como ausente cuando no se presentaba ninguno de estos planteamientos.

***ABATIMIENTO**, se clasificó como presente cuando en la historia se hicieran expresiones tales como "maltrato, el estar llorando por alguna razón, el estar triste o deprimido, melancólico, el estar sintiendo algún dolor moral, haber sufrido una decepción o desengaño, sentirse cansado físicamente". Si no se encontraba en la historia mención a las anteriores situaciones el indicador se anotó como ausente.

***ASPIRACIONES**, este indicador se tomo en cuenta en relación a los logros que el personaje principal o los demás personajes de las historias tuvieran, o las metas que alcanzaran, expresandolas como: " el sentirse satisfecho por lograr lo que se deseaba, sobresalir en una carrera profesional, aprovechar los errores pasados para superarse, lograr la satisfacción personal a través del trabajo y el estudio". El no encontrarse expresadas ninguna de estas indicaciones, marcaba la ausencia del indicador.

***NECESIDAD DE AFECTO**, éste se registró como presente en la historia si habían expresiones como: " el no sentirse querido y desear serlo, el no tener el afecto de la familia ni de amigos, requiriendo tenerlo para estar y sentirse bien, necesitar la compañía de alguien para tener tranquilidad". Se registró como ausente si no se encontraban en la historia las expresiones anteriores.

*La **FRUSTRACION** se indicó presente cuando en la historia, se expresaban sentimientos de "derrota, deseos no logrados, como por ejemplo: algun impedimento u obstáculo para lograr la satisfacción personal, la prohibición para lograr una meta, quedarse con las ganas de hacer algo, sentirse decepcionado por no haber aprovechado las oportunidades presentadas". Se indicó como ausente cuando no se manifestaban las expresiones anteriores en la historia relatada por el sujeto.

***AGRESION**, este indicador se registró como presente si se encontraban expresiones tales como: " el golpear, el agredir, hacer daño físico a terceras personas, el lastimar, torturar o matar a alguien que cometió un acto indebido". Se registró como ausente si en el relato no se encontraban presentes las anteriores expresiones.

*La **AUTOAGRESION**, se indicó como presente si se encontraban en la historia situaciones como: "destruirse a si mismo, a través de adicciones al alcohol o las drogas, el dejarse morir, hacerse daño físico o encerrarse por pensar que se es malo o que se cometió un acto indebido y como consecuencia de esto llegar al suicidio, sentir culpa o remordimiento por haber actuado mal". Este indicador se categorizó como ausente cuando no se presentaban las anteriores situaciones en el relato de las historias.

*Los **CONFLICTOS DE ADAPTACION**, se codificaron como presentes si en la historia, se manifestaba "la falta de comprensión entre compañeros de trabajo o escuela, no sobresalir en el medio ambiente propio por sentirse fuera de lugar, ajeno o extraño". De no encontrarse las expresiones anteriores, el indicador se codificó como ausente.

***EL CONFLICTO INTRAFAMILIAR**, se indicó como presente cuando se mencionaron en las historias cuestiones como: "referirse a que la familia está separada o desintegrada y estar triste o molesto por esta situación, el tener problemas de relación con padres o hermanos, es decir, falta de comprensión o maltrato por parte de los padres". El indicador se codificó como ausente si no se encontraba en el relato las anteriores situaciones.

***DEVALUACION**, se indicó como presente si se registraba en las historias expresiones hechas por el personaje principal como por ejemplo: "el ser lastimado física o moralmente y no oponerse ni ofrecer resistencia, sentirse incapaz de realizar algo, reprocharse a sí mismo o insultarse (ser malo, tonto, irresponsable, envidioso, inmaduro)". Se registró como ausente si no se encontraban las expresiones anteriores.

***RECHAZO / ABANDONO**, este indicador se registró como presente cuando se encontraron expresiones en el relato de la historia referentes al personaje principal, como: "Ser huérfano y no ser querido por las personas que lo adoptaron o recogieron, mencionar por tanto no ser comprendido ni atendido por nadie, haber sido abandonado desde pequeño, sentirse despreciado". Se registró como ausente cuando no se presentaban las expresiones anteriores en el relato de la historia.

***PERDIDA**; cuando en el relato, se hacía referencia a la pérdida de algún ser querido por el personaje principal de la historia, entonces éste se registró como presente, por ejemplo: "Muerte de un ser querido o importante para el sujeto, la desaparición de una persona amada, (madre, padre, hermanos, familia, amigos). Si en las historias no se hace referencia a ninguna de las anteriores expresiones, el indicador se anotó como ausente.

***MUERTE / SUICIDIO**, esta categoría se registró como presente, cuando en la historia se hace referencia a la muerte o el suicidio realizado por el personaje principal de la historia o por alguno de los personajes mencionados en la misma, debida a alguna de las siguientes causas: "Para escapar de los problemas y desear renacer, como idea de salvación, desear morir por desilusión o desengaño, querer encontrarse o reunirse con seres queridos muertos anteriormente, el suicidio como única salida a los problemas, por imaginar que después de la vida se encuentra el paraíso, o el suicidio para castigarse por haber cometido un acto indebido, y dejarse morir. Si no se mencionan en el relato de la historia alguna de las situaciones anteriores, el indicador se registró como ausente.

CAPITULO VI

RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), Nive, Hull, Jenking, Steinbrenner, Bent. (1975)

En cuanto a las variables sexo y edad de los dos grupos, se encontró que once pertenecían al sexo Masculino, constituyendo el 36.7% del total de la muestra y 19 del sexo Femenino haciendo el restante 63.3%.

En el grupo 1 "Deprimidos", 12 pertenecían al sexo femenino correspondiendo al 80 %, y 3 al sexo masculino haciendo un 20 %.

En el grupo 2 "No deprimidos", el 46.7 % pertenecía al sexo femenino (7), y el 53.3 % (8) al sexo masculino.

Las edades fluctuaban entre los 14 y 15 años, correspondiendo el 33.3 % a 14 años (10) y el 66.7 % a 15 años (20).

En cuanto a la edad por grupo, se tiene que en el grupo de "Deprimidos", el 46.7 % (7) contaba con 14 años, y el 53.3 % (8) con 15 años. En el grupo de "no deprimidos", el 20 % (3) contaba con 14 años y el 80 % (2) con 15 años de edad. (TABLA 1).

En primer término se analizaron las historias del TAT, de cada grupo (Deprimidos y No deprimidos), para obtener los indicadores que se presentaban en cada una de las láminas, y se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas en la investigación (indicadores), en cuanto a la frecuencia y porcentaje en que se presentaban en cada historia. (TABLA 2)

A continuación se presenta el análisis cuantitativo de las láminas, donde se muestran las frecuencias y porcentajes en que aparecen los indicadores en cada lámina para ambos grupos.

TABLA 1

		SEXO	
DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
MASCULINO	20% (3)	53.3 %	(8)
FEMENINO	80 % (12)	46.7 %	(7)

		EDAD	
DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
14 AÑOS	(7) 46.7%	(3)	20%
15 AÑOS	(8) 53.3%	(12)	80%
X=	14.5	X=	14.8

Porcentajes obtenidos en los grupos "Deprimidos" y "No deprimidos", en cuanto al sexo y edad de los sujetos.

Frecuencias y porcentajes de cada uno de los indicadores en cada una de las láminas, para ambos grupos.

INDICADORES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE
LAMINA 1				
REALIZACION	9 - 60%	6 - 40 %	10 - 66.7 %	5 - 33.3 %
CONFL. FAM.	2-13.3	13 -86.7	1 -6.7	14 - 93.3
FRUSTRACION	3-20	12-80	2-13.3	13-86.7
CARENCIA	1-6.7	14-93.3	1-6.7	14-93.3
ABATIMIENTO	4-26.7	11-73.3	1-6.7	14-93.3
SOLEDAD	5-33.3	10-66.7	1-6.7	14-93.3
LAMINA 2				
SOLEDAD	14-93.3	1-6.7	3-20	12-80
CARENCIA	4-26.7	11-73.3	3-20	12-80
CONFL. ADAPT.	4-26.7	11-73.3	2-13.3	13-86.7
REALIZACION	4-26.7	11-73.3	12-80	3-20
ABATIMIENTO	4-26.7	11-73.3	3-20	12-80
LAMINA 3				
AUTOAGRESION	5-33.3	10-66.7	4-26.7	11-73.3
CULPA	5-33.3	10-66.7	2-13.3	13-86.7
ABATIMIENTO	10-66.7	5-33.3	6-40	9-60
SOLEDAD	5-33.3	10-66.7	3-20	12-80
RECHAZO/ABANDONO	6-40	9-60	4-26.7	11-73.3
NECES. AFECTO	4-26.7	11-73.3	2-13.3	13-86.7
SUICIDIO	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3
AGRESION	5-33.3	10-66.7	4-26.7	11-73.3

TABLA 2

06

INDICADORES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE
LAMINA 8				
CULPA	2-13.3 %	13-86.7 %	1-6.7 %	14-93.3 %
SOLEDAD	4-26.7	11-73.3	2-13.3	13-86.7
AGRESION	7-46.7	8-53.8	4-26.7	11-73.3
ABATIMIENTO	6-40	9-60	5-33.3	10-66.7
REALIZACION	4-26.7	11-73.3	5-33.3	10-66.7
CARENCIA	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3
LAMINA 13				
REALIZACION	7-46.7	8-53.3	8-53.3	7-46.7
SOLEDAD	4-26.7	11-73.3	2-13.3	13-86.7
CARENCIA	5-33.3	10-66.7	4-26.7	11-73.3
AGRESION	3-20	12-80	1-6.7	14-93.3
DEVALUACION	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3
ABATIMIENTO	5-33.3	10-66.7	3-20	12-80
LAMINA 14				
REALIZACION	3-20	12-80	6-40	9-60
SOLEDAD	6-40	9-60	3-20	12-80
AGRESION	3-20	12-80	2-13.3	13-86.7
CONFL. FAMILIAR	4-26.7	11-73.3	2-13.3	13-86.7
NECES. AFECTO	5-33.3	10-66.7	4-26.7	11-73.3
ABATIMIENTO	7-46.7	8-53.3	3-20	12-80
FRUSTRACION	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3

TABLA 2

91

INDICADORES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE
LAMINA 15				
SOLEDAD	5-33.3 %	10-66.7 %	5-33.3 %	10-66.7 %
MUERTE	12-80	3-20	10-66.7	5-33.3
PERDIDA	3-20	12-80	2-13.3	13-86.7
CULPA	9-60	6-40	6-40	9-60
ABATIMIENTO	7-46.7	8-53.3	6-40	9-60
AGRESION	5-33.3	10-66.7	2-13.3	13-86.7
AUTOAGRESION	4-26.7	11-73.3	3-20	12-80
RECHAZO/ABANDONO	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3
SUICIDIO	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3
LAMINA 17				
SUICIDIO	3-20	12-80	3-20	12-80
AUTOAGRESION	4-26.7	11-73.3	3-20	12-80
AGRESION	5-33.3	10-66.7	4-26.7	11-73.3
MUERTE	4-26.7	11-73.3	3-20	12-80
ABATIMIENTO	8-53.3	7-46.7	4-26.7	11-73.3
REALIZACION	6-40	9-60	6-40	9-60
FRUSTRACION	5-33.3	10-66.7	1-6.7	14-93.3
CONFL. FAMILIAR	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3

En la lámina 1, el indicador de REALIZACION fue el que se presentó con mayor frecuencia en ambos grupos, en el grupo de "Deprimidos" con un porcentaje de 66.0 % (9), y en el grupo de "No deprimidos" 66.7 % (10). El indicador ABATIMIENTO se presentó con mayor frecuencia en el grupo "Deprimidos" 13.3% (2) en comparación con el grupo "No Deprimidos" (1) 6.7 %. En el grupo "Deprimidos", los indicadores con menor frecuencia de presentación fueron los de CARENCIA y CONFLICTO FAMILIAR, el primero sólo se presentó una vez 6.7% , y el segundo dos veces 13.3%. En el grupo "No deprimidos" los siguientes indicadores sólo se presentaron una sola vez (6.7%), CONFLICTO FAMILIAR, CARENCIA, ABATIMIENTO Y SOLEDAD.

En la lámina 2, el indicador de SOLEDAD obtuvo la más alta frecuencia de presentación en el grupo de "Deprimidos" (14), con un porcentaje de 93.3 %, y en el grupo de "No Deprimidos" este mismo indicador obtuvo una frecuencia de (3) 80 %. El indicador REALIZACION fué el que mayor frecuencia obtuvo en el grupo "No Deprimidos" (12) 80 % .

En la lámina 3 el indicador que más apareció fué el de ABATIMIENTO (10) 66.7 % en el grupo "Deprimidos" ; y con 40 % (6) en el grupo "No deprimidos", en los demás indicadores no existe una diferencia marcada. Los indicadores con la más baja frecuencia en el ambos grupos fueron los de NECESIDAD DE AFECTO, SUICIDIO (2) 13.3 % y CULPA con (2) 13.3%. En el grupo de "No deprimidos" los indicadores que menos se presentaron fueron SUICIDIO con (1) 6.7 % y CULPA con (2) 13.3 %.

En la lámina 8, en el grupo "Deprimidos" se tiene que los indicadores con más alto porcentaje fueron los de AGRESION y ABATIMIENTO con (7) 46.7 % , y (6) 40%; los de menor porcentaje y frecuencia de aparición fueron CULPA Y CARENCIA ambos (2) 13.3 % .

En la lámina 8, en el grupo "No deprimidos" los indicadores con mayor frecuencia de aparición fueron los de REALIZACION y ABATIMIENTO ambos con una frecuencia de (5) y 33.3 % y al igual que en el grupo de "Deprimidos" los indicadores de menor frecuencia de aparición fueron los de CARENCIA y CULPA ambos se presentaron una sola vez lo que constituye un 6.7%.

En la lámina 13, el indicador que más se presentó en ambos grupos fue el de REALIZACION, en el de "Deprimidos" (7) 46.7 % y en el de "No deprimidos" (8) 53.3 %, en los demás indicadores no existe una marcada diferencia en cuanto a frecuencias; los indicadores que menos se presentaron fueron, en el grupo "Deprimidos" DEVALUACION, con (2) 13.3 %, y en el grupo "NO deprimidos" los indicadores DEVALUACION y AGRESION, ambos con (1) 6.7 %.

En la lámina 14, se observa que en cuanto a los porcentajes y frecuencias del indicador ABATIMIENTO se presenta con mayor frecuencia en el grupo "Deprimidos" (7) 46.7 %, en comparación con el grupo "No Deprimidos" con (3) 20 %. En el grupo "Deprimidos", las bajas frecuencias de aparición fueron para el indicador FRUSTRACION (2) 13.3%; en el grupo "No deprimidos" este mismo indicador solo se presenta una vez 6.7%.

Para la lámina 15, se tiene que los indicadores que más se presentaron fueron MUERTE (12) 80 %, y CULPA (9) 60 %, ambos en el grupo "Deprimidos". El indicador MUERTE también fué el de mayor frecuencia en el grupo "NO deprimidos" con (10) 66.7 %, y los indicadores CULPA y ABATIMIENTO ambos con una frecuencia de (6) 40 %.

Los indicadores de menor frecuencia fueron en el grupo "Deprimidos" : RECHAZO/ABANDONO con (2) 13.3 % y SUICIDIO con (2) 13.3 %. En el grupo "NO deprimidos" los indicadores PERDIDA, AGRESION , SUICIDIO, y RECHAZO / ABANDONO fueron los que obtuvieron el más bajo porcentaje de aparición, los dos primeros frecuencia de (2) con 13.3 %, y los dos últimos (1) con 6.7 %.

En la lámina 17 se observa que en el grupo "Deprimidos" el indicador que más se presentó fué el de ABATIMIENTO (8) 53.3 %, en contraste con el grupo "No deprimidos" en el que el mismo indicador obtuvo una frecuencia de (4) 26.7 %. En ambos grupos el indicador REALIZACION obtuvo una frecuencia de (6) 40 %. En el grupo "Deprimidos" el indicador CONFLICTO FAMILIAR fué el que obtuvo la menor frecuencia (2) 13.3 %. En el grupo "No deprimidos" los indicadores de menor frecuencia fueron también CONFLICTO FAMILIAR y FRUSTRACION ambos con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 6.7 %.

Es importante retomar los datos anteriores en cuanto a la frecuencia y porcentaje de aparición obtenido por cada indicador, ya que aunque las diferencias entre todos los indicadores no es estadísticamente significativa pueden ser relevantes para llegar a ciertas conclusiones; dado que se observó que existen diferencias al menos en éstos parámetros.

Retomando lo anterior se tiene que el indicador SOLEDA, que estuvo presente en 7 láminas, se presentó con mayor frecuencia en el grupo "Deprimidos" en las láminas 1, 2, 3, 8 , 13 y 14, a comparación del grupo "No deprimidos" en las mismas láminas, donde se observa una clara diferencia en cuanto al porcentaje de aparición.

Sucede el mismo caso para el indicador ABATIMIENTO, es decir, se presenta con porcentajes más altos en el grupo "Deprimidos" en todas las láminas, remarcando además que este estuvo presente en las 8 láminas, comparado con el grupo "No deprimidos".

Se observa para el indicador CULPA, en la Lámina 15 que el grupo "Deprimidos" obtiene un mayor porcentaje a comparación del grupo "NO deprimidos" en el que la frecuencia es más baja.

En la tabla 3 se representan los porcentajes y frecuencias de los indicadores generales para cada grupo, obteniéndose mediante el número total de láminas en que aparecía cada indicador, observándose lo siguiente:

El indicador ABATIMIENTO estuvo presente en 8 láminas y obtuvo en el grupo "Deprimidos" un porcentaje de 42.5 (51), y en el grupo "No deprimidos" 25.8 % (31), marcándose entre éstas cifras una diferencia marcada, al menos al nivel de frecuencia y porcentaje.

Para el indicador SOLEDAD, tomando en cuenta que se presentó en 7 láminas, obtuvo los siguientes porcentajes, en el grupo "Deprimidos" 40.9 % (43) y en el grupo "No deprimidos" 18.1 % (19).

En tercer lugar se encuentra el indicador REALIZACION, que se presentó en 6 láminas por lo que en el grupo "Deprimidos" obtuvo una frecuencia de 33, lo que hace un 36.6 %, y para el grupo "No deprimidos" el porcentaje de aparición fué de 52.3 y una frecuencia de (47).

El indicador AGRESION también estuvo presente en 6 láminas, pero en cuanto a la frecuencia de aparición se observan más bajas; siendo para el grupo "Deprimidos" de 27.8 % (25), y para el grupo "No deprimidos" de 18.9 % (17).

El siguiente indicador, CARENIA, se presentó en 4 láminas y se observa que para el grupo "Deprimidos", la frecuencia es de (12) y un porcentaje de 20. En cuanto a la aparición en el grupo "No deprimidos" es de 15 % y frecuencia (9).

El indicador CONFLICTO FAMILIAR estuvo presente en 3 láminas y se para el grupo "Deprimidos" una frecuencia de (8) haciendo un porcentaje de 17.7; para el grupo "No deprimidos" frecuencia (4) y porcentaje 8.8.

Para el indicador FRUSTRACION que solamente se presentó en 3 láminas, se tiene que para el grupo "Deprimidos" la frecuencia es de (10) lo que hace un porcentaje de 22.3 %, en cuanto a este indicador se observa una diferencia más clara en cuanto a frecuencia y porcentaje, pues en el grupo "No deprimidos" es de 8.8 % (4).

TABLA 3

95

Frecuencias y porcentajes de los Indicadores generales, para ambos grupos. "Deprimidos" y "No Deprimidos"

INDICADORES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE
ABATIMIENTO	51-42.5 %	69-57.5 %	31-25.8 %	89-74.2 %
SOLEDAD	43-40.9	62-59.1	19-18.1	86-81.9
REALIZACION	33-36.6	57-63.3	47-52.3	43-47.7
AGRESION	25-27.8	65-72.2	17-18.9	73-81.1
CARENCIA	12-20	48-80	9-15	51-85
CONFL. FAMILIAR	8-17.7	37-82.3	4-8.8	41-91.2
FRUSTRACION	10-22.3	35-77.7	4-8.8	41-91.2
AUTOAGRESION	13-28.8	32-71.2	10-22.2	35-77.8
CULPA	16-35.5	29-64.5	9-20	36-80
SUICIDIO	7-15.5	38-84.5	5-11.1	40-88.9
RECHAZO/ABAN.	8-26.6	22-73.4	5-16.6	25-83.4
NESEC. AFECTO	9-30	21-70	6-20	24-80
MUERTE	16-53.3	14-46.7	13-43.3	17-56.7
CONFL. ADAPT.	4-26.7	11-73.3	2-13.3	13-86.7
PERDIDA	3-20	12-80	2-13.3	13-86.7
DEVALUACION	2-13.3	13-86.7	1-6.7	14-93.3

Los indicadores se encuentran en orden de mayor a menor aparición por lámina.

El indicador AUTOAGRESION se presentó en 3 láminas, obteniendo en el grupo "Deprimidos" un porcentaje de 28.8 y una frecuencia de (13) y en el grupo "No deprimidos" 22.2 % frecuencia (10).

El indicador CULPA estuvo presente en 3 láminas y en cuanto a la frecuencia y porcentajes obtenidos se puede observar una ligera diferencia entre ambos grupos; en el grupo "Deprimidos" es de 35.5 % (16) y en el grupo "No deprimidos" es de 20.0 % (9).

El indicador SUICIDIO estuvo presente en 3 láminas, obteniéndose en el grupo "Deprimidos" una frecuencia y porcentaje de aparición de (7) 15.5, y en el grupo "No deprimidos", frecuencia y porcentaje de aparición, que fué (5) 11.1.

El indicador RECHAZO / ABANDONO, se presentó en 2 láminas únicamente, y obtuvo en el grupo "Deprimidos" una frecuencia de (8), que hace un porcentaje de 26.6; y en el grupo "No deprimidos" una frecuencia de (5) haciendo un 16.6 %.

El indicador NECESIDAD DE AFECTO, se presentó al igual que el anterior en 2 láminas, con una frecuencia de (9) y un 30 % para el grupo "Deprimidos"; y con una frecuencia de (6) y un 20 % para el grupo "No deprimidos".

Presentándose en 2 láminas, el indicador MUERTE obtuvo las siguientes cifras, para el grupo "Deprimidos", una frecuencia de (16) y 53.3 %, y para el grupo "No deprimidos" 43.3 % y una frecuencia de (13).

El indicador CONFLICTO DE ADAPTACION AL MEDIO, se localizó solamente en una lámina, obteniendo en el grupo "Deprimidos" un porcentaje de aparición de 26.6 y una frecuencia de (4), y para el grupo "No deprimidos" una frecuencia de (2) correspondiente a un 13.3 %.

Apareciendo en una lámina se encuentra también el indicador PERDIDA, obteniendo en el grupo "Deprimidos" una frecuencia de (3) lo que hace un 20.0 %, y para el grupo "No deprimidos" una frecuencia de (2) haciendo un 13.3 %.

Por último, se tiene que el indicador DEVALUACION sólo se presentó en una lámina obteniendo para el grupo "Deprimidos" una frecuencia de (2) lo que hace un 13.3 % del total de aparición en dicha lámina, y para el grupo "No deprimidos" una frecuencia de (1) haciendo un 6.7 %.

Finalmente, se procedió a analizar los datos obtenidos en las láminas del TAT (indicadores), que tuvo como objeto aceptar o rechazar las hipótesis planteadas dentro de la investigación, utilizando para ello la prueba estadística de "chi cuadrada".

Aplicando lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados:

En la tabla 4, se observa que el nivel de significancia de .05 y t_{gl} para X es de 3.84, por lo que se tiene: (TABLA 4)

Observando los resultados del análisis estadístico a que se sometieron los datos se tiene que : Se encontraron diferencias significativas en la Lámina 2, específicamente para los indicadores REALIZACION y SOLEDAD cuyo valor de X es de 8.57 Y 8.2 RESPECTIVAMENTE, con 1 gl y un nivel de significancia de .001, lo cual indica que se rechaza la H_0 y se acepta la H_a que dice que "si hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo "Deprimidos " y "No deprimidos", en la lámina dos con respecto a ese indicador. Encontrándose también una marcada diferencia en cuanto a la frecuencia y porcentaje entre ambos grupos.

Igualmente se encontraron diferencias significativas en la Lámina 17, en el indicador FRUSTRACION, con un valor de X de 4.051 y un nivel de significancia de .0441, aceptándose también en este caso la H_a que marca la existencia de diferencias entre el grupo "Deprimidos" y "No deprimidos". Observándose a la vez diferencias en cuanto a la frecuencia y porcentaje entre dichos grupos.

Es importante remarcar que dichas diferencias fueron encontradas en el sentido que se esperaban, es decir, el indicador REALIZACION se observó con mayor frecuencia y porcentaje en el grupo "No deprimidos", y el indicador FRUSTRACION y SOLEDAD, aparecieron con un mayor porcentaje en el grupo "Deprimidos", para los casos específicos de las láminas en que se presentaron.

Por último, se observa que en los demás indicadores presentados en cada lámina no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos "Deprimidos" y "No deprimidos". Esto mismo se aplica en el caso del análisis estadístico realizado para los indicadores generales; es decir, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para dichos indicadores entre ambos grupos. Sin embargo, como ya se analizó anteriormente, es posible es importante remarcar que a nivel de porcentajes y frecuencias si se encuentran diferencias más claras en cuanto a la aparición de los indicadores en ambos grupos. Lo anterior, corrobora la medición hecha con el ZUNG, es decir, la delimitación entre deprimidos y No deprimidos.

TABLA 4

98 Valores de χ^2 con su respectivo nivel de significancia, para cada indicador por lámina.

INDICADORES	VALOR DE χ^2	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
LAMINA 1		
REALIZACION	0.1435	0.8781
CONFL. FAMILIAR	0.37	0.5439
FRUSTRACION	0.24	0.6256
CARENCIA	0.0023	0.9221
ABATIMIENTO	2.16	0.1506
SOLEDAD	3.33	0.1337
LAMINA 2		
SOLEDAD	8.2	0.002
CARENCIA	0.186	0.8731
CONFL. ADAPT.	0.833	0.3508
REALIZACION	8.57	0.001
ABATIMIENTO	0.186	0.8731
LAMINA 3		
AUTOAGRESION	0.151	0.4642
CULPA	1.118	0.26
ABATIMIENTO	2.142	0.1506
SOLEDAD	0.681	0.5229
RECHAZO-ABANDONO	0.6	0.2945
NESEC. AFECTO	0.833	0.1904
SUICIDIO	0.37	0.5439
AGRESION	0.158	0.4656

TABLA 4

99

INDICADORES	VALOR DE X ²	NIVEL DE SIGNIF.
LAMINA 8		
CULPA	0.37	0.5439
SOLEDAD	0.833	0.1904
AGRESION	1.291	0.2723
ABATIMIENTO	0.143	0.8731
REALIZACION	0.158	0.6256
CARENCIA	0.37	0.5439
LAMINA 13		
REALIZACION	0.133	0.8726
SOLEDAD	0.833	0.1904
CARENCIA	0.158	0.6256
AGRESION	1.153	0.1957
DEVALUACION	0.37	0.5439
ABATIMIENTO	0.681	0.5229
LAMINA 14		
REALIZACION	1.428	0.2723
SOLEDAD	1.428	0.2723
AGRESION	0.24	0.6256
CONFL. FAMILIAR	0.833	0.1904
NECES. AFECTO	0.158	0.4656
ABATIMIENTO	2.4	0.1506
FRUSTRACION	0.37	0.5439

TABLA 4

100

INDICADORES	VALOR DE X ²	NIVEL DE SIGNIF.
LAMINA 15		
SOLEDAD	0.006	0.7958
MUERTE	0.681	0.5229
PERDIDA	0.24	0.5439
CULPA	1.2	0.2726
ABATIMIENTO	0.135	0.8726
AGRESION	1.67	0.1957
AUTOAGRESION	0.186	0.8731
RECHAZO/ABANDONO	0.37	0.5439
SUICIDIO	0.37	0.5439
LAMINA 17		
SUICIDIO	0.0095	0.9221
AUTOAGRESION	0.186	0.8731
AGRESION	0.158	0.6256
MUERTE	0.186	0.8731
ABATIMIENTO	2.22	0.4906
REALIZACION	0.0061	0.7958
FRUSTRACION	4.05	0.0441
CONFL. FAMILIAR	0.37	0.5439

TABLA 4

101 Valores de χ^2 de los Indicadores generales de ambos grupos, "Deprimidos" y "No Deprimidos"

INDICADORES	VALOR DE χ^2	NIVEL DE SIGNIF.
ABATIMIENTO	7.41	0.277
SOLEDAD	13.18	0.229
REALIZACION	4.41	0.5
AGRESION	1.98	0.291
CARENCIA	0.519	0.376
CONFL. FAMILIAR	1.538	0.111
FRUSTRACION	3.35	0.503
AUTOAGRESION	0.525	0.721
CULPA	2.71	0.549
SUICIDIO	0.384	1
RECHAZO/ABANDONO	0.833	0.406
NECES. DE AFECTO	0.8	0.261
MUERTE	0.6	0.522
CONFL. ADAPTACION	0.833	0.406
PERDIDA	0.24	0.543
DEVALUACION	0.37	0.549

En relación a los resultados obtenidos mediante la entrevista, se observó lo siguiente:
(TABLA 5)

Para la pregunta referente al número de miembros de que consta la familia se encontró, para el grupo "Deprimidos" que el promedio de miembros de la familia es de 6 personas, y para el grupo "No deprimidos" el promedio es de 7 personas .

Se observa que en ambos grupos el promedio de edad de los hermanos es de 10 años, ocupándose generalmente , los hermanos mayores de 15 años en oficios tales como albañilería, carpintería, mecánica, etc; ya que en la mayoría el nivel de estudios era de Primaria completa sin ningún estudio posterior; y estos oficios no eran fijos o de base, sino esporádicos.

En cuanto a la escolaridad de los padres se encontró en ambos grupos que el 66.7 % (20) tiene la primaria terminada y el restante 33.3 % (10) no terminó la educación primaria.

En relación a la ocupación de los padres se observa en el grupo "Deprimidos" , que el 66.7 % (10) de las madres tiene como ocupación principal su hogar, el 20.0 % (3) trabaja como sirvientas en casas particulares. En cuanto a los padres, en este mismo grupo se tiene que el 26.6 % (4) cuenta con un empleo fijo o de base, (obreros, empleados en oficinas de gobierno), el 53.3 % (8) no tiene un trabajo estable.

En el grupo "No deprimidos", en cuanto a la ocupación de las madres se tiene que el 46.7 % (7) se dedica al hogar, el 13.3 % (2) trabaja como ayudantes domésticas, y el 13.3 % (2) cuenta con un empleo base (enfermeras, secretarías); en referencia a la ocupación del padre se encontró que el 13.3 % (29) no trabaja por problemas de salud, el 26.7 % (4) tienen un empleo fijo (empleados de gobierno, comerciantes), y el 60.0 % (9) no cuenta con un empleo de base, es decir, trabajan por su cuenta o sólo en algunas ocasiones.

En lo referente a la situación familiar de los adolescentes que participaron en la investigación, se observó que, en el grupo "Deprimidos" el 33.5 % (5) vive con sus padres ; en tanto que el 66.7 % (10) no vive con sus padres , o solamente con uno de ellos, (generalmente la madre).

En el grupo "No deprimidos " se tiene que el 40.0 % (6) vive con sus padres y hermanos, y el 60.0 % (9) no vive con ambos padres.

Miembros de los que consta la familia en promedio, por grupo.

DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
SUJETO No.	MIEMBROS	SUJETO No.	MIEMBROS
1	8	1	6
2	5	2	12
3	5	3	8
4	4	4	10
5	5	5	7
6	9	6	8
7	6	7	7
8	8	8	9
9	10	9	3
10	2	10	6
11	6	11	4
12	10	12	7
13	4	13	6
14	5	14	8
15	6	15	4
$\bar{X} = 6$		$\bar{X} = 7$	

Edad promedio de los hermanos y ocupaciones.

***Promedio de edad de los hermanos, en ambos grupos: $\bar{x} = 10$ años.

***Ocupaciones de los hermanos en ambos grupos:
Oficios de albañilería, carpintería, mecánica, etc.

***Situación familiar y ocupación de los padres:

DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
33.3 % (5)	Viven con sus padres.	40.0 % (6)	
66.7 % (10)	No viven con sus padres.	60.0 % (9)	

TABLA 5

***Ocupación de los padres:

DEPRIMIDOS		
MADRE HOGAR	56.7 %	(10)
SIRVIENTA	20.0 %	(3)
PADRE EMPLEADO DE GOB.	26.6 %	(4)
SIN EMPLEO (OFICIOS)	53.3 %	(8)

NO DEPRIMIDOS		
MADRE HOGAR	46.7 %	(7)
SIRVIENTAS	13.3 %	(2)
EMPEADAS DE GOB.	13.3 %	(2)
PADRE NO TRABAJAN	13.3 %	(2)
EMPLEO FIJO	26.7 %	(4)
SIN EMPLEO FIJO (OFICIOS)	60 %	(9)

***Escaridad de los padres en ambos grupos.

66.7 %	(20)	Primaria completa.
33.3 %	(10)	Primaria incompleta (3er. grado).

En lo referente a las relaciones interpersonales con sus padres y hermanos, obteniendo los resultados de ambos grupos se tiene que: el 76.6 % (23) de los sujetos manifiesta no tener buenas relaciones con su familia y definen esto diciendo que "no hay comunicación, comprensión ni confianza entre ellos, ni entre sus padres".

Los demás sujetos, el 23.3 % (7) refiere que en su familia existe cierta comunicación y respeto entre sus padres y hermanos, así como apoyo entre todos los integrantes de la familia.

En forma particular, se tiene para el grupo "Deprimidos", que el 86.7 % (13) de los adolescentes entrevistados manifiesta no tener buenas relaciones con sus familiares y amigos dentro y fuera de la escuela, y el 13.3 % (2) refiere que en su familia existe comunicación y respeto entre sus miembros así como con amigos fuera de casa.

En el grupo "No deprimidos" de los 15 sujetos entrevistados, el 66.7 % (10) explica que entre sus padres y hermanos no existen buenas relaciones "no se llevan bien", y el 33.3 % (5) dice mantener relaciones de comunicación y confianza entre los miembros que forman la familia, así como con amigos y compañeros de la escuela.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Teniendo como referencia los resultados anteriores, se puede concluir que en los indicadores REALIZACIÓN, SOLEDAD y FRUSTRACION, de las láminas 2 y 17 respectivamente, se observan diferencias estadísticamente significativas, lo que implica que para éstos casos se acepta la H_0 que marca que si existen diferencias significativas entre los grupos "Deprimidos" y "No deprimidos".

En los demás indicadores presentados en las láminas no se observan diferencias estadísticamente significativas, por lo que podría decirse que para estos casos el presentar o no depresión no influye de manera determinante en la aparición de dichos indicadores; haciendo constar que si se dan las diferencias entre sujetos que presentan depresión o signos de ésta o no, al menos en cuanto a la frecuencia de aparición de éstos indicadores, lo anterior tomando en cuenta que la población muestra es muy pequeña y aunque fueron el mismo número de sujetos, éstos no son homogéneos en cuanto al sexo.

Sin embargo, es importante retomar la cuestión de que en los indicadores: SOLEDAD y ABATIMIENTO; se encuentran marcadas diferencias en cuanto a los niveles de frecuencia y porcentaje en que se presentaron dichos indicadores en las láminas, lo que puede atribuirse posiblemente a que a pesar de que fueron el mismo número de sujetos los grupos no fueron homogéneos, o que los indicadores obtenidos no son los más adecuados para determinar diferencias entre los grupos, ya que si se observan las frecuencias y porcentajes es posible determinar dichas diferencias, aunque éstas no sean estadísticamente significativas, dado que realizando el análisis de contenido de las historias es posible observar diferencias más ricas y claras entre ambos grupos.

Tomando en cuenta el análisis de contenido de las historias es posible decir que: se pudieron detectar a este nivel diferencias un tanto más claras entre los grupos, siendo las más relevantes las siguientes: Se encontró que los sujetos del grupo "No deprimidos" se muestran más abiertos ante sí mismos y ante los demás, a través de la presentación de sus historias, que tienen mayor riqueza de contenido reflejando una mayor sensibilidad ante su problemática y mostrándose más dispuestos a resolver ésta a través de una mejoría económica frecuentemente. Se dan cuenta de que tienen otros recursos, como son su capacidad intelectual o física y que la pueden aprovechar en su beneficio para resolver sus conflictos.

Presentan aspiraciones de realización personal, sintiéndose capaces de poder lograrlo y, sus intereses van sobre todo en las mujeres, encaminados hacia la búsqueda de una pareja y la formación de una familia en forma un tanto idealizada. Aunque presentan conflictos interfamiliares y sentimientos de tristeza y preocupación ante su futuro y su familia, se tornan más dispuestos a establecer una comunicación con sus padres como medio de resolver los conflictos que existen entre ellos.

En cuanto al grupo "Deprimidos", se encontró que los sujetos se limitaban más a describir las láminas que a elaborar una historia, por lo que no proporcionaban muchos elementos o detalles sobre ellos ni sobre su situación familiar o escolar. En algunos casos los sujetos manifestaron tener carencias de tipo económico dándoles una gran importancia pues no encontraban la forma de darle solución, esperando una respuesta y solución externa a su problema.

En lo que se refiere a sus relaciones interpersonales, manifiestan un marcado temor a la soledad, al rechazo y al abandono por parte de sus seres queridos, requiriendo de compañía para sentirse bien, pero sin esforzarse por encontrarla o darle solución a esta necesidad.

En el análisis de la entrevista fué posible determinar que en ambos grupos se presentan características semejantes, tales como el bajo nivel de estudios de los padres, así como el alto número de miembros de que consta la familia. En cuanto a las relaciones de los adolescentes con sus padres y hermanos, un alto porcentaje manifiesta que no existe comunicación, comprensión ni confianza entre éstos, lo que los hace sentir continuamente "irritados, desesperados, tristes, inquietos e inseguros"; refieren además que principalmente sus padres manifiestan conductas agresivas para con sus esposas e hijos, mostrando también tener problemas con el alcohol y en algunos casos el padre nunca esta en casa lo que para algunos adolescentes es lo que da origen a los problemas de relación en la familia.

En general se observó, que los adolescentes de ambos grupos tienden a la fantasía en una forma considerable, tienen grandes expectativas y aspiraciones de realización personal, así como también desean progresar económica y socialmente; diferenciándose los dos grupos en el aspecto de la búsqueda de solución a sus inquietudes y problemas tanto familiares, escolares y de progreso, pues los sujetos del grupo "No deprimidos" buscan alternativas de solución para lograr sus metas o para resolver sus conflictos, teniendo como base el trabajo y estudio continuo, y el razonar sobre ésto además de la comunicación abierta con sus padres y amigos. En tanto que los sujetos del grupo "Deprimidos" se muestran más conformistas y buscan salidas " fáciles y rápidas" para resolver los problemas que se les presentan.

Tanto en la entrevista como en el relato de las historias, los adolescentes de ambos grupos manifestaron sentimientos de soledad, y la falta de comprensión por parte de su familia, y algunas veces tener problemas por esto con sus padres; sobre todo, expresan abiertamente sentimientos de "tristeza, abatimiento y depresión" algunas veces sin causa aparente, plantean su necesidad de recibir afecto tanto de sus padres como de sus hermanos y amigos, así como de su "novio" o "pareja".

Muestran adaptación al medio familiar más por conformismo y "obediencia" que por deseo propio, en ambos grupos se encuentran referencias a conflictos familiares debido sobre todo a la precaria situación económica (falta de recursos), y debido también a las conductas agresivas del padre hacia ellos aumentando cuando éste se encuentra en estado de ebriedad.

En ambos grupos, se refleja ansiedad, o como ellos mismos lo manejan "Miedo y preocupación por su futuro" o a lo que vaya a suceder más adelante con sus vidas, temor también al como poder resolver las diversas situaciones que se les vayan presentando, si sabrán manejarlo o no; frecuentemente resuelven esta situación a través de la evasión de la realidad, creándose una nueva y volviéndose hasta cierto punto introvertidos y desconfiados con sus mayores o personas que representen una autoridad para ellos, esto se observa con mayor claridad y frecuencia en el grupo "Deprimidos".

Sin embargo, cuando logran establecer comunicación con personas que para ellos merecen su confianza tienden a ser sociables y a mostrarse más abiertas, sobre todo con sus compañeros de escuela y amigos fuera de casa, lo que es de gran ayuda para permitirles salir adelante de este momento del desarrollo en que se encuentran los adolescentes.

ANÁLISIS DE UN CASO

ANÁLISIS DE CONTENIDO Y CATEGORIAS ENCONTRADAS.

Sujeto FEMENINO 14 años 6 meses.
"DEPRIMIDO"

•L 1 El niño está muy triste, como pensativo recuerda algo o alguien y está muy solo, tal vez porque no tenga a sus padres, ni familia ni amigos, necesita compañía, o que tal vez este enfermo y no tiene nadie que vea por él, se puede morir de enfermedad o de tristeza porque no tiene alguien que lo cuide o que lo alegre, se puede morir poco a poco de tristeza, solo porque no tiene amigos, tal vez está pensando encontrar a alguien que quiera ser su padre o tal vez su amigo.

••L 1 En esta lámina se muestran claros sentimientos de soledad y abatimiento, es decir, se expresa tristeza y necesidad de compañía, protección y afecto. Se percibe su demanda de afecto principalmente por parte del padre o alguna persona significativa para él. No se encuentra el aspecto de logro o realización. Su actitud denota una gran necesidad de afiliación.

•L 2 Están como en un abismo donde no hay casas solo árboles, están cosechando verduras o frutas, tal vez estará su esposa y su hija y el señor solo trabaja y cultiva las tierras para que así con el tiempo ellas crezcan y las pueda cambiar por otros productos de comida o para que alimente a su familia y así puedan sobrevivir a esta crisis.

••L 2 En esta lámina vuelve a encontrarse el criterio de soledad, mostrándose además conflictos familiares en cuanto a que se ve al padre solamente como proveedor, observando una situación de "crisis" en la familia, determinando claramente el rol de los sexos. Se puede detectar un nivel de aspiración muy bajo, sólo interesa cubrir necesidades básicas, refiriéndose esto también a las demandas de protección y seguridad. Dependencia de toda la familia, ante el padre.

•L 3NM El señor está borracho o que le "haigan" pegado por algo o está alcohólico o drogadicto y en su desesperación ya no sabe que hacer y se siente muy mal por lo que ha hecho o llorando por que le hayan pegado o corrido de su casa, porque haga algo que no le agrada a sus padres, o porque ya no quiere estudiar, se quiere dejar morir él solo, se aleja de sus padres y familia sin darse cuenta que con el tiempo los va a necesitar, tal vez piense que no es muy importante perder a alguien que se quiere, cuando esté agonizando nadie va a velar por él, no se da cuenta que él mismo se está destruyendo la vida por dentro, cuando se dé cuenta va a ser demasiado tarde.

•L 3NM Aquí se muestran los criterios de "abandono" y "rechazo", y se expresan sentimientos de desesperación y culpa, aparece constantemente la idea de muerte y soledad que parece ser el conflicto central del sujeto, ya que demanda nuevamente afecto y protección. Su actitud ante lo que le acontece es de pasividad, se presenta el conflicto con el padre, rechazándolo pero al mismo tiempo necesitando de él, esperándolo todo de él.

•L 8NM Una señora está imaginando o recordando o pensando algo, o alguien está triste porque se le haya ido un hijo, o a sus padres que ya se le haigan muerto y los recuerda con mucho amor por eso está pensativa, puede estar pensando si uno de sus hijos se fué de viaje y si regresará con vida o su esposo si estará bien, dónde estará o qué estará haciendo y si por las noches pensará en ella o podrá morir.

••L 8NM Aquí se observa al igual que en las láminas anteriores marcados sentimientos de tristeza, soledad, pérdida, muerte y necesidad de afecto y protección; aparece además el indicador de que el sujeto se siente capaz de dar amor y atención a las personas importantes o significativas para él mismas que él demanda principalmente de sus padres, aunque no encuentra como darle una solución.

•L 13N Un niño va subiendo las escaleras solo, tal vez busca alguien o algo, o que imagina que alguien lo esta esperando allí, piensa llegar hasta la cima a toda costa, tal vez puede caerse como va solo, tal vez pudieron acompañarlo sus padres, tal vez está solo en el mundo y quiere buscar refugio en alguna parte, o casa, alimento o ropa para vestir, tal vez ahora tenga hambre y frío y que no tenga dónde pasar las noches.

••L 13N Se muestra un sentimiento de soledad con el deseo de "encontrar" compañía que le brinde protección y afecto, que son sus principales demandas; expresa sentimientos de tristeza y la idea de refugiarse como solución a este conflicto, además se expresan también carencias materiales básicas.

*L 14 Puede entrar a robar en las noches a las casas y se está saltando las ventanas, tal vez robe por diversión o porque su familia está enferma o por necesidad, o porque tenga un hijo que se está casi muriendo, roba para comprar medicamentos, o vende para darle de comer a su familia, tal vez ahora pienso que si roba está haciendo mal, pero pienso que es necesario y lo necesita más que a los que roba porque roba a los ricos, roba para dárselo a su familia.

**L 14 Aquí aparece el tema del "robo" como una salida o solución única para cubrir sus necesidades básicas además de sus demandas de protección y afecto. Reconoce que no es la solución apropiada pero al no poder encontrar otra alternativa se justifica a sí mismo. Se percibe al robo como quitar algo de lo que carece (afecto).

*L 15 Muchas tumbas, un señor va a visitar una tumba, o tal vez en la imaginación un muerto levantándose de su tumba que se agacha juntando las manos y mirando frente a una tumba, si puede ver alrededor está solo, tal vez piense que una voz lo haya llamado o también que algo o alguien le diga que vaya y no se pueda resistir a esa fuerza y va, tal vez ahora tengo miedo pero la fuerza es muy grande, se dá cuenta que es de alguien que murió hace mucho tiempo y necesite que lo vayan a visitar sus familiares porque no le llevan flores ni le rezan.

*L 15 En esta lámina se muestran claras tendencias depresivas que son corroboradas en todas las láminas, frente a su situación considera como única salida el escape y no el enfrentamiento, teniendo ante la muerte una actitud pasiva y considerándola una salida a sus conflictos. Se demanda afecto y protección. Frente a la problemática su reacción es de resignación ante estas condiciones que le son difíciles de aceptar y manejar.

*L 17NM Trabajadores que viven como en un rancho, lejos de la ciudad, trabajan mucho porque cargan grano o maíz, o cosechan, la mujer está lavando y los hombres llevan cosas de comida, pero pasan por agua en lanchas y las tienen que transportar diario para dar alimento a toda la gente que vive ahí, porque es necesario el trabajo de todos y que estén unidos para hacer el trabajo sin agotarse y llevarlo a sus familias.

**L 17NM Aquí se expresan nuevamente sentimientos de tristeza y soledad, demandando compañía, aunque es importante hacer notar que en esta lámina aparece una actitud positiva ante su problemática, es decir, mantener la esperanza de salir adelante por medio del trabajo en conjunto, para resolver sus necesidades tanto afectivas como de alimento y vestido.

En este sujeto se muestran abiertamente sentimientos de tristeza, soledad, además de expresar claras tendencias depresivas; siendo un sujeto demandante de afecto y protección sobre todo de sus padres, refiriendo un conflicto familiar tanto en el sentido afectivo como en el material.

Es importante tomar en cuenta que en repetidas ocasiones surge la idea de "muerte" como única solución a su problemática, no esforzándose por encontrar otras alternativas de solución, dado que en las narraciones no se expresan ideas de logro o realización.

ENTREVISTA

La familia de este sujeto consta de seis miembros, el padre de 34 años que trabaja como electricista (con un amigo) no tiene un empleo fijo ni estable; la madre de 30 años se dedica al hogar.

Tiene tres hermanos, 2 hombres de 2 y 7 años y una mujer de 13 que estudia la secundaria.

Menciona que la relación con sus hermanos y padres en casa no es muy buena, pues su papá cuando se enoja les pega y no los entiende, además de que se pelea mucho con su hermana por que la entrevistada es la que debe cuidar a sus hermanos menores y son muy desobedientes con sus papás.

En su tiempo libre no hace nada, es decir, sólo ayuda al quehacer de la casa, refiere que su estado de ánimo en general es alegre, pero es muy grosera y se enoja cuando le hacen algo que no le gusta.

Dice no haber pensado en el futuro ni sabe que le gustaría hacer más adelante, considera que sus cualidades son "andar con sus amigos" y que le gusta estar con sus padres y estudiar, y sus defectos son: ser enojona, salirse sin permiso de su casa y ser grosera.

Lo que más le molesta es que su hermana no le haga caso a sus papás y, su recuerdo más agradable es "cuando pasó el año nuevo con sus abuelitos" porque estaba toda la familia unida.

ANÁLISIS DE CONTENIDO Y CATEGORIAS ENCONTRADAS.

SUJETO FEMENINO 14 años 9 meses.
"NO DEPRIMIDO"

*L1 Un niño piensa cómo se podría tocar un violín y cuál sería su sonido, cómo quedaría si tratara de llevar el ritmo y una canción tocada en el violín, piensa que si lo intenta tal vez lo logre, con las ganas que tiene de intentar algo le puede salir, imaginar y seguir tocando cuando se da cuenta ya compuso algo, piensa que a lo mejor es fácil y sí puede.

**L1 En esta lámina se puede observar que existen deseos de logro y no se encuentran indicios de conflicto interfamiliar, la idea de logro se encuentra basada en un nivel de realidad pues, se llega a él por medio de acciones e intentos concretos, ya que confía en sus aptitudes.

*L2 La muchacha pasa en un lugar en donde ve personas trabajando y se imagina ella misma haciendo lo que los demás hacen, tal vez le gustaría estar haciendo algo así, trabajar en la tierra, sembrar, cultivar; ella a pesar de que estudia le gustaría hacer algo así, ve a los demás trabajando y siente deseos de aprender, saber como cultivan, como nacen las plantas, su fruta; piensa que es bonito eso, le gustaría aprender todo, hacerlo, ayudarles.

**L2 Aquí el sujeto indica otra vez su deseo de logro y superación, a través del estudio y el trabajo, no manifestando problemas con sus familiares en cuanto al rol de los sexos, muestra un deseo de cooperación y ayuda hacia los demás.

*L3NM Esta persona está triste, sale de su casa llorando tal vez porque tiene problemas con su familia o porque la regañaron, se sintió mal, para desahogarse llora y sale de su casa tal vez encuentre un lugar donde la tranquilicen y se olvide de sus problemas, a su edad (15 ó 16) pudo haber perdido algo de valor y sus padres se enojaron, pudo enamorarse y la desilusionaron, tal vez con el tiempo la comprendan y ella también puede hacerse más responsable, saber solucionar sus problemas, su familia la perdona y se tranquiliza, se siente mejor, se siente bien porque su familia la comprende y ella tratará de ser mejor.

**L3 Aquí se pueden detectar ciertos rasgos depresivos, debido seguramente a la crisis de edad por la que atraviesa, pues no se manifiesta una fuerte depresión; muestra preocupación y sentimientos de tristeza y desesperación ante la situación, piensa como resolverla y opta por una salida lógica y razonable, reaccionando de forma positiva ante esto.

•L8 Esta señora esta pensativa puede estar imaginándose lo que sería más adelante en su vida, a lo mejor piensa si es que tiene familia en cómo será después, cómo podría vivir después en el futuro, piensa en qué será de ella cuando sus hijos sean grandes y ella viejita, en que serán si estudian o quieren ser algo en la vida, piensa en cómo será el mundo en un futuro no muy lejano se lo imagina sin personas malas en donde vivan todos tranquilos, donde todos sean felices; tal vez piensa en ella misma, si sus seres queridos estarán siempre con ella, si tendrá el apoyo que la familia se brinda uno al otro, piensa que algún día sus hijos crecerán y se irán de su lado y quedará sola.

••L8 En esta lámina el sujeto muestra preocupación por su futuro y por sus problemas actuales, así como una necesidad de reflexionar, se observa un sentimiento de intranquilidad ante la idea de la soledad y la incertidumbre del futuro.

•L13 Esta persona es una niña, mira lo que tiene a su alrededor que es un lugar donde ve lo que está constuido, sin escaleras, pasillos; se imagina como lo hicieron, mira cómo esta hecho , está solo observando , tratará de de recorrer todo ese lugar, quiere conocer todo, el panorama tal vez sea agradable a lo mejor no ha visto cosas así por el estilo, le gustaría conocer más su ciudad.

••L13 Aquí se muestran las expectativas del sujeto, tales como el deseo de conocer y aprender más, se denota una actitud de tranquilidad ante el estar a solas o encontrarse sin compañía.

•L14 Solo en la obscuridad sentado en una ventana observando lo que hay afuera, viendo lo que pasa, tal vez esta solo porque necesita pensar, porque quiere hacer algo simplemente o porque le gusta estar solo, aveces una persona quiere estar a solas para razonar y si tiene algún problema pensar en cómo solucionarlo, se fija en la gente y piensa si esa gente piensa un poco como él, si la gente tiene algo en común a lo que tiene su personalidad, estará pensando en cómo serán los demás o tal vez va a hacer un proyecto sobre algo y necesita concentrarse, necesita estar solo para pensar bien.

••L14 El sujeto muestra en esta lámina sus intereses y expectativas, así como el sentirse bien estando "solo" para pensar y razonar tranquilamente y, el deseo de logro a través del razonamiento para encontrar una solución a sus problemas, manifestando a la vez interes por relacionarse con las personas a su alrededor.

•L15 Es un panteón, un hombre en un cementerio solo, más bien espanta, un fantasma, este hombre puede ser el velador del panteón, puede ser un fantasma aunque no existen, alguien pasa y puede imaginárselo, no es un lugar donde alguien le guste estar, puede ser una persona que es mala y le gusta andar en esos lugares, puede ser que quiera ver cómo se ve de noche para comprobar si hay algo malo ahí, recorre el cementerio para revisar si hay algún desperfecto, chequear que nadie entre, que nadie trate de robar algo ya que todos los ladrones toman algo a juego y no piensan todo lo hacen por hacerlo, pueden abrir algo y robar, por eso vigila, también puede ser una estatua puesta para espantar a quien quiera entrar.

••L15 Aquí se describen varias situaciones en las que se podría encontrar, con ciertos rasgos infantiles, mostrando las actitudes y sentimientos que tiene ante la muerte, siendo esta de temor, se observan ciertos problemas pero que forman parte de su edad pues, son problemas familiares que no muestran tendencias depresivos.

•L17 Este es un lugar de los que había antes, es un lugar donde todos trabajan, donde la gente hace las cosas bien; hay un puente donde una muchacha observa el agua, es como un río, observa la corriente, se fija como trabajan los hombres qué hacen, tal vez ella al fijarse en lo que hacen los hombres se dá cuenta del esfuerzo que hacen, en cómo se ganan la vida, que su trabajo es pesado y tal vez ganan poco, o se imaginan que varios lo hacen por gusto, piensa que también muchos lo hacen por necesidad, que hasta el atardecer ellos no paran de trabajar, le gusta observar lo que hacen las personas que están a su alrededor.

••L17 En esta lámina el sujeto expresa interés por la contemplación y el razonamiento además, el deseo de conocer más su entorno y mantener buenas relaciones con las personas.

En este sujeto se muestran deseos de logro y realización personal llevándolo a cabo a través del estudio y el trabajo, se observa su buena disposición para entablar comunicación con los demás y , su deseo de cooperación y ayuda. Busca mediante el razonamiento salidas alternativas a sus problemas. Refiere ser tímida y por tanto preferir la soledad que la ayuda a pensar sobre cosas que le interesan y preocupan.

ENTREVISTA

La familia de este sujeto consta de 5 miembros, el padre de 38 años quien no tiene un trabajo fijo, la madre de 36 años que se dedica a vender frutas y verduras por su cuenta.

Sus hermanos, (hombres) de 17, 12 y 11 años de edad, los 2 últimos estudian la primaria (6° y 5° grado respectivamente) y el mayor trabaja como mesero en un restaurante. Menciona que viven todos juntos, además de la abuela materna.

Dice mantener regulares relaciones con sus hermanos, con su papá platica muy poco pues éste es muy callado y serio, cuando necesita algo generalmente recurre a su madre con la que mantiene una buena comunicación.

Con sus amigos de la escuela se lleva bien, aunque se describe como seria y tímida, por lo que su estado de ánimo comúnmente es "tranquilo y callado".

Explica que en el futuro le gustaría seguir estudiando ya que sus padres la apoyan y ayudan a decidir al respecto.

Considera que sus cualidades son: ser sincera, tratar de no cometer errores, tratar de comprender y ayudar a los demás. Sus defectos: ser muy sentimental "cualquier cosa me duele y me pongo triste", ser insegura pero tratar de hacer las cosas y hecharle más ganas.

Su recuerdo más agradable es cuando están todos juntos en la casa y su papá esta contento; y el recuerdo más desagradable es ser descuidada y perder cosas de valor.

De acuerdo al análisis estadístico al que se sometió la investigación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la Lámina 2, específicamente para el indicador REALIZACION, así como en la Lámina 17 en el indicador FRUSTRACION encontrándose éstas diferencias en el sentido esperado, es decir, el primer indicador se observó con mayor frecuencia y porcentaje en el grupo "No deprimidos", y el indicador Frustración obtuvo una mayor frecuencia en el grupo "Deprimidos".

Por lo anterior, se llegó a la conclusión de aceptar para estos casos la *Ha* que marca diferencias en cuanto a las fantasías de suicidio entre los grupos "Deprimidos" y "No deprimidos".

Aunque en lo que se refiere a los demás resultados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, es importante considerar que en estos indicadores mediante el análisis de contenido de las historias y observando las frecuencias y porcentajes de aparición de los mismos en ambos grupos (SOLEDAD, ABATIMIENTO, AGRESION, REALIZACION, FRUSTRACION y CULPA); se pueden detectar diferencias entre éstos al menos en este nivel; lo que nos lleva a insistir sobre la importancia de tomar en cuenta todos los indicios o cualquier alteración tanto física como psicológica por mínima que sea, manifestada por el adolescente.

En lo referente a los resultados obtenidos mediante la entrevista, podemos decir que debido a que la identidad del adolescente se encuentra en crisis y tomando en cuenta además, los factores externos que pueden originar estados depresivos, como el medio ambiente en el que se desenvuelve, (tales como la desintegración familiar, zonas marginadas, etc.) ocasionan un serio problema que afecta de manera importante el estado afectivo del individuo. Si se consideran las teorías acerca del suicidio podría hacerse un listado de síntomas y formar un síndrome del adolescente suicida, lo que no es posible ya que muchos de éstos sentimientos son comunes en el periodo de la adolescencia pues ésta atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una entidad; pero es necesario para el adolescente ya que este proceso va a establecer su propia identidad; objeto fundamental de este momento vital

Se corrobora entonces la Hipótesis de Hendin, quién manifiesta que las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión. Dado que los resultados obtenidos en estudios con adolescentes, muestran que los sentimientos de desesperanza no se descubren en la mayoría de los niños suicidas, y además que la mayoría reportan sentir desesperanza pero es común que el adolescente lo experimente persé y esto no incrementa el intento de suicidio en ellos. A pesar de lo anteriormente citado no se sabe si la depresión se encuentra presente en todo proceso adolescente y si, de ser así, es una situación pasajera o se convierte en una manera de existir. (Toolan, 1975)

En este punto es importante considerar la noción que Mendousse (Psicólogo francés) hace acerca del suicidio en los adolescentes donde en su libro "El alma del adolescente", se cuestiona acerca de este tema preguntándose ¿si el suicidio se puede considerar como la masturbación, un fenómeno normal, dominante de esta edad?; tomando en cuenta que la idea de suicidio como salvación y renacimiento domina a lo largo del desarrollo del adolescente (al menos en cuanto atañe al adolescente francés).

Es innegable el lugar que ocupa la fantasía en la vida del hombre normal, ya que es un fenómeno universal por excelencia involucrado en todos los aspectos dinámicos de adaptación y evolución, que incluso en algunas ocasiones llega a tener igual o mayor valor que la realidad, sin implicar necesariamente sólo procesos patológicos sino avances científicos, tecnológicos y artísticos muy importantes para los seres humanos. Esto viene a esclarecer el hecho de que la fantasía es un fenómeno psíquico relacionado con fines corporales, dolores y placeres dirigidos o no a un determinado objeto, que no puede ser tocada, vista o manipulada y que sin embargo, es una experiencia real, vivida intensamente por el sujeto; es una verdadera función mental que tiene efectos reales no sólo en nuestro mundo interno sino también en el mundo externo del sujeto y por lo tanto tiene cierto grado de influencia en otras personas.

Por todo lo anteriormente expuesto, se debe tener cuidado de identificar plenamente los sentimientos y pensamientos más profundos del adolescente con respecto del suicidio y contemplar sus fantasías a este respecto, no menospreciar ningún detalle ya que esto nos proporciona un canal de comunicación que será determinante en la vida del joven.

Es necesario por tanto, un cuidadoso examen de los sentimientos individuales para una mejor comprensión de este problema.

LIMITACIONES

En la presente investigación, se encontró como primer limitación el número tan pequeño de sujetos, además de que no eran homogéneos en cuanto al sexo, lo que no permitió llevar a cabo más comparaciones que pudieran llevarnos a resultados más amplios.

Otro punto son las pocas investigaciones realizadas acerca de las fantasías del adolescente en general y, de éstas relacionadas con la depresión, por lo que no pueden fundamentarse en forma adecuada los resultados obtenidos.

Por último, la muestra no es representativa dado que la investigación se lleva a cabo en una sola escuela y con alumnos de un mismo nivel sociocultural, por lo que no es posible generalizar los resultados.

SUGERENCIAS

Se sugiere para futuras investigaciones al respecto de la fantasía en el adolescente hacer comparaciones en cuanto al sexo y nivel socioeconómico de los sujetos, ya que esto puede ser de gran utilidad sobre todo a nivel de Orientación Educativa y desarrollo integral del adolescente.

También se considera importante, realizar un estudio fuera del ambiente escolar para poder apreciar la relación entre fantasías y depresión a nivel familiar y personal, utilizando en forma positiva la fantasía en el adolescente.

Así mismo, se sugiere realizar investigaciones utilizando diversos métodos para observar la fantasía, como la asociación libre, Test de Rorschach, etc.

Por último, estudiar el fenómeno de la fantasía y la depresión con un mayor número de sujetos en diferentes escuelas y a diferentes niveles sociales y culturales.

BIBLIOGRAFIA

- ♦ ABADI, La Fascinación de la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1973
- ♦ ABERASTURY, Arminda. Adolescencia. ED. Kargieman. Buenos Aires, 1978.
- ♦ A. G. Adcock, S. Nagy and J. A. Simpson. Adolescence. Selected risk factors in adolescent suicide attempts. Vol. 26 No. 101, Winter, 1992.
- ♦ AGUILA, Medina Ma. Guadalupe. "Fantasías inconscientes durante el embarazo" TESIS UNAM. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología. México, 1972.
- ♦ ANDERSON, y Anderson. Técnicas proyectivas de diagnóstico Psicológico. Ediciones Rialp, S.A. Madrid, 1978.
- ♦ BALLESTEROS. Usano A. La adolescencia: Ensayo de una caracterización de esta edad. 12ava. Edición. Ed. Patria. México, 1979.
- ♦ BERMAN, Alan. I. Jobs David. Adolescent suicide. Assesment and Intervention. 1a. Edición. American Psychological Association. Washington D.C., 1971.
- ♦ BLOS, Peter. Psicoanálisis de la Adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz. México, 1971.
- ♦ CALDERON, Narvaes G. Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. Ed. Trillas. México, 1984.
- ♦ CASTRO, Rivera Matrho. "Algunas características sociológicas del suicidio y del homicidio en el D.F. y su área circundante". TESIS UNAM. Facultad Ciencias Políticas y Sociales. México, 1991.
- ♦ D.E. Cole. H. O Protinsky and L. H Cross. Adolescence. An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. Vol. 27, No. 108. Winter, 1992.
- ♦ D. K. Conell and Robert G. Meyer. Adolescence. Adolescent suicidal behavior and popular self-report instruments of depression, social desirability and anxiety. Vol. 26 No. 101. Spring, 1991.
- ♦ ERICKSON, Erick. Identidad, Juventud y crisis. Taurus Ediciones S.A. España, 1980.

II

- ♦ ERICKSON, Erick. Sociedad y Adolescencia. Ed. Siglo XXI. México, 1979.
- ♦ FARBEROW, Norman L. ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención. Ed. Prensa Mexicana. México, 1969.
- ♦ FLORES, Villasana Roberto. "Psicopatología de la época del crecimiento y desarrollo del hombre". Semestre 80-2 Facultad de Psicología UNAM. México, 1980.
- ♦ FREUD, Sigmund. El Inconsciente. Obras Completas. Vol. I Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
- ♦ FREUD, Sigmund. La interpretación de los sueños. Obras completas Vol. I Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
- ♦ GARRET, Henry. Estudios en Psicología y Educación. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1967.
- ♦ GESELL, Arnold L. El niño de 15 a 16 años. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1967.
- ♦ JACOBS, Jerry. Adolescent suicide. Ed. Wiley and Sons, Inc. U S A, 1971.
- ♦ J. D'attilio and B. Campbell. Relationship between death anxiety and suicide potential in an adolescent population. Psychological reports, 1990.
- ♦ JIMENEZ, Hata E. "La fantasía vista a través de diferentes enfoques psicoanalíticos". (Freud, Klein, Lacan). TESIS UNAM Facultad de Psicología. México, 1989.
- ♦ JOOSELYN, Irene M. El adolescente y su mundo. Ed. Psique. Buenos Aires, 1974.
- ♦ KERLINGER, N Fred. Investigación del comportamiento. Ed. Mc-Grawhill. México, 1986.
- ♦ L. e: ABT. Bellack L. Psicología proyectiva. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1987.
- ♦ LIVIER, Bustos Olga. Bedolla. Curso de prácticas 3er. nivel Social unidimensional. 4o. semestre. UNAM facultad de Psicología. México, 1982.
- ♦ MANNONI, O. La crisis de la adolescencia. Colección psicoteca Mayor. Serie Freudiana. Ed. Gedisa S.A. México, 1989.
- ♦ MATUS, Calzadillas E. "El adolescente suicida. Factores psicológicos y sociales que influyen en su decisión". TESIS UNAM Facultad de Psicología. México, 1990.
- ♦ MENDELS, Joseph. La Depresión. Ed. Herder. Barcelona, 1972.

III

- ♦ M. Paluszny, CH. Davenport y W Jung Kim. Adolescence. Suicide attempts and ideation: Adolescents evaluated on a pediatric ward. Vol. 26, No. 101. Spring, 1991.
- ♦ MURRAY, A Henry. Test de Apercepción Temática. (TAT) Manual para la aplicación. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1990.
- ♦ PIAGET, Jean. De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Ensayo sobre la construcción de las estructuras operatorias formales. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
- ♦ PORTUONDO, Juan A. Cuatro técnicas en el Test de apercepción temática y la autobiografía como técnica proyectiva. 2a. Edición. Ed. Biblioteca nueva. Madrid, 1979.
- ♦ RIVERA, Pineda. Kaminsky. "Estudio del ensueño en adolescentes" TESIS UNAM Facultad de Psicología. México, 1988.
- ♦ RODRIGUEZ-SALA de Gómezgil, Ma Luisa. "Suicidio y suicidas en la sociedad mexicana" Instituto de Investigaciones Sociales UNAM. México, 1974.
- ♦ RODRIGUEZ-SALA de Gómezgil, Ma Luisa. "El suicidio en México". Instituto de Investigaciones sociales UNAM. México.
- ♦ ROBERT, C. Nancy Kolondy. Cómo sobrevivir la adolescencia de su adolescente. Ed. Vergara. Buenos Aires, 1989.
- ♦ ROCHEBLAVE, Spenlé Anne M. El adolescente y su mundo. Ed. Herder. Barcelona, 1978.
- ♦ RUDA, G Teresa. Principales rasgos clínicos en el adolescente suicida. Primer congreso Mexicano de Psicología, 1975.
- ♦ RUNYON, Haber. Estadística para las ciencias sociales. Ed. fondo Educativo Interamericano. México, 1984.
- ♦ SERVIN, Moreno. Pacheco. Pérez. "Estudio comparativo de rasgos de personalidad en menores infractores, farmacodependientes depresivos y no depresivos." TESIS UNAM Facultad de Psicología . México, 1987.
- ♦ STENGEL, Erwin. Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1965.
- ♦ SUAREZ; González Verónica. "Validación de la escala de automecisión de la Depresión de Zung, en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos". TESIS UNAM Facultad de Psicología. México, 1988.

- ♦ WALLACE, Samuel E. After Suicide. Wiley Interscience Publication. U S A, 1973.
- ♦ WEINER, I B. Desarrollo normal y anormal del adolescente. Ed: Paidós. Buenos Aires, 1976.
- ♦ WINNICOTT, D W. El niño y su mundo externo. Ed. Hormé. 3a. edición. Buenos Aires, 1986.
- ♦ WINNICOTT, D W. Realidad y Juego. Ed. Gedisa. México, 1987.
- ♦ Y. Cihen. Adolescence. Gender, identity, conflicts in adolescents as motivation for suicide. Vol. 26. No. 101. Spring, 1991. Libro Publishers, Sn. Diego CA.
- ♦ ZUNG, W w K. "The Depression status inventory, an adjunct to the Self-rating scale". Journal of clinical psychology. U S A Vol. 28 (4), 1972.