

221
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS *CON COMPAGNADA*

"CARACTERISTICAS DEL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN UNA POBLACION PSIQUIATRICA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA GUADALUPE RAMIREZ FUENTES

DIRECTORA DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.

DIRECTORA REVISORA: DRA. BERTHA BLUM GRINBERG.

ASESOR ESTADISTICO: LIC. JAVIER MORENO TAPIA.

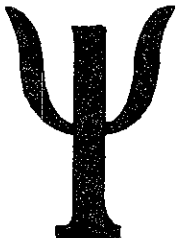
SINODALES: DRA. BERTHA BLUM GRINBERG.

LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA.

LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.

LIC. EVA ESPARZA MEZA.

LIC. CLAUDETTE BUDET LIONS.



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

259248



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.

FALTAN PAGINAS

De la: **1**

A la: **2**

AGRADECIMIENTOS

A la Psic. Guadalupe Santaella Hidalgo, por sus conocimientos, asesoría y calidad humana.

A la Dra. Bertha Blumm Grinberg, por su sabiduría y afecto.

A la Psic. Rosario Muñoz, por auxiliarme en mi crecimiento personal.

A los Psicólogos Haroldo Elorza y Gabriela Naime, por sus valiosas orientaciones y apoyo incondicional.

A mis Padres:

A la memoria de mi padre Leonel Ramírez, a quien gracias a su amor y ejemplo, logró transmitir en mí el deseo de superación constante.

A mi madre Carmen Fuentes, gracias por su amor, paciencia y dedicación

A Héctor Castro Herrera, le dedico muy especialmente el fruto de este esfuerzo, con todo mi amor por ser la fuente de inspiración de mis actos.

A Héctor y Marisol, por llenar de amor mi vida.

A todos mis hermanos, pero muy especialmente a Gelo, por su apoyo y guía en los momentos difíciles

ÍNDICE

	PAGS.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	
LA ADOLESCENCIA	
1.1 Cambios Biológicos en la Adolescencia	10
1.2 Cambios Psicológicos en la Adolescencia	11
1.3 Cambios Cognoscitivos en la adolescencia.	19
CAPÍTULO II	
EL AUTOCONCEPTO. REVISIÓN TEÓRICA	
2.1 Antecedentes.	21
2.2 Posturas Teóricas acerca del Autoconcepto.	23
2.2.1 El autoconcepto en el Interaccionismo Simbólico.	23
2.2.2 El autoconcepto en la Perspectiva Conductista.	24
2.2.3 El Autoconcepto y el Psicoanálisis.	25
2.2.4 El Autoconcepto en los Neofreudianos.	25
2.2.5 El Autoconcepto y la Psicología Social.	26
2.2.6 El Autoconcepto y el Aprendizaje Social.	27
2.2.7 El Autoconcepto en la Psicología Cognitiva.	27
2.2.8 El Autoconcepto en la Psicología Humanista.	28
2.3 Organización y Dimensiones del Autoconcepto.	31
2.3.1 Organización.	31
2.3.2 Dimensiones	33
2.3.3 Formación, evolución y variables que influyen en el Autoconcepto.	35
CAPÍTULO III	
EL SUICIDIO Y LA TENTATIVA SUICIDA. REVISIÓN TEORICA.	
3.1 Antecedentes.	38
3.2 Revisión Teórica del Suicidio e Intento Suicida.	38
3.2.1 El Suicidio e Intento Suicida desde el punto de vista psicoanalítico. Sigmund Freud.	43
3.2.2 El Suicidio e Intento Suicida desde la perspectiva teórica de la orientación psicoanalítica.	45
3.2.3 El Suicidio e Intento suicida desde la perspectiva teórica en la concepción personal.	50

3.3	El adolescente y los actos suicidas. Estadística e Investigaciones.	51
------------	--	-----------

**CAPÍTULO IV
MÉTODO**

4.1	Planteamiento del problema y justificación.	56
4.2	Desarrollo	58
4.2.1	Planteamiento del problema: pregunta(s) de investigación	58
4.2.2	Planteamiento de Hipótesis General y Estadísticas	58
4.2.3	Variables	61
4.2.3.1	Definición conceptual de variables	61
4.2.3.2	Definición operacional de variables	61
4.3	Población	62
4.4	Muestreo	62
4.5	Criterios de Inclusión	62
4.6	Criterios de Exclusión	62
4.7	Escenario	63
4.8	Procedimiento	63
4.9	Instrumento	63
4.10	Diseño de Investigación	65

**CAPÍTULO V
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

5.1	Resultados.	66
5.2	Análisis de Dispersión con base en Datos Normativos, Grupo de Estandarización y Grupo de Adolescentes con Tentativa Suicida.	76
5.2.1	Perfil Poblacional de la Muestra	76
5.2.2	Descripción de Resultados	77
5.3	Correlaciones.	80

	CONCLUSIONES	86
--	---------------------	-----------

	DISCUSIÓN	95
--	------------------	-----------

	BIBLIOGRAFÍA	97
--	---------------------	-----------

	ANEXO	
	Escala de Autoconcepto de Tennessee	101

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer las características del autoconcepto en los adolescentes que intentan el suicidio y asisten a un Hospital Psiquiátrico. Asimismo, conocer si los jóvenes con tentativa suicida en su autodescripción presentan bajo autoconcepto.

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, durante el periodo correspondiente a los meses de Febrero- Mayo de 1997, con una población de adolescentes hombres y mujeres, cuyo diagnóstico médico fue la Tentativa Suicida, siendo un total de 22 sujetos

Se aplicó la Escala de Autoconcepto de Tennessee de Fitts (1965) con la estandarización en población universitaria mexicana de García-Quintero (1995), con aplicación individual y entrevista personal, misma que permitió conocer la edad, sexo, escolaridad, religión, tipo de familia, motivo del intento suicida, número de tentativas previas, y forma de intento suicida.

Se realizó un diseño de investigación empírica de carácter descriptivo, en el que se señalan las características poblacionales, de una sola cohorte por ser un grupo de individuos con una experiencia en común la tentativa suicida, transversal porque se midió una vez y correlativo por establecer relaciones.

El análisis estadístico realizado, tuvo su aplicación mediante el Paquete Estadístico S.P.S.S., llevándose a cabo un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y la aplicación de los Coeficientes de Contingencia, Pearson y Spearman, así como Chi Cuadrada, de acuerdo al nivel de medición de las variables.

En general la población se autodescribe con bajo nivel de Autoconcepto al intentar contra su vida, se autodescriben con severidad, se muestran inseguros, frecuentemente ansiosos, se consideran indeseables ante los demás, no saben quiénes son ante sí mismos, no hay aceptación de su imagen, hay insatisfacción ante sus valores ético-morales, existen inadecuadas relaciones familiares, sienten que se relacionan bien con sus iguales no así con las figuras parentales y/o autoridad. Se encontró que la población tendió en situaciones externas a sobrevalorar su conducta, pero en situaciones internas, se llegó a la devaluación extrema. Consecuentemente, se encontró que la edad promedio poblacional fue de 14 años en los hombres y 15 años en las mujeres. La escolaridad promedio fue de 3º de Secundaria. La distribución por sexo de la población en hombres fue del 22.7%, y de las mujeres del 77.3%, en relación al total de la muestra que fue de 22 sujetos. La familia predominante fue del Tipo Unparental Disfuncional con un 72,7% respecto de la totalidad. La forma de intentar el suicidio más utilizada, fue la ingesta de fármacos-pastillas en el 59.1 % de los casos. Los motivos para llevar a cabo el intento suicida fueron diversos, pero predominaron los problemas familiares y los problemas de pareja, ambos en un 18.2% respectivamente y el no sentirse queridos en el tercer lugar con el 13.6% en relación a la población. Hubo presencia de ideas de muerte o ideación suicida en el 86.4% de la muestra. El promedio poblacional en cuanto al número de intentos previos, fue de 2 a 3. La religión practicada predominantemente en la población fue la Católica en un 77.3%.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano es un proceso complejo y enriquecedor, lleno de interrogantes y retos, por tanto, es producto de la combinación de lo biológico, lo cognitivo, lo psicológico, lo social-cultural, entre muchas facetas. Si la meta en el estudio del desarrollo humano, es descubrir y entender los procesos comunes y los principales factores que generan las conductas, conocer el autoconcepto en jóvenes con tentativa suicida, permite dentro del quehacer psicológico, explorar a través de las descripciones que hacen de sí mismos los adolescentes, intentar determinar los factores, que tanto internos como externos, han incidido para que se presenten dichas conductas.

Los estudios y las investigaciones en torno al autoconcepto han sido vastas tanto desde su perspectiva teórica como en diversas poblaciones y países, donde se ha demostrado con amplitud su influencia en la conducta humana, ya que su desarrollo es determinante en la personalidad de los individuos y su forma de manifestarlo. En su mayoría, la forma de conducirse de los individuos se desarrolla en un marco que evidencia la imagen que tienen de sí mismos. De tal suerte que un autoconcepto deformado e incongruente con la realidad que vive, dará como resultado conductas incompatibles, de ellas se observa a un sin número de personas que se perciben a sí mismas como indeseables o quizás malas, las cuales tienden a comportarse de acuerdo a esa percepción. Asimismo, hay personas que tienen un exagerado e irreal autoconcepto que las lleva a comportarse de manera poco congruente y extralimitada o bien desajustada, por tanto, la participación del autoconcepto sobre la conducta es de suma importancia.

Medir el autoconcepto de una persona es una tarea difícil. Al revisar los instrumentos utilizados, vemos que cubren una gama insospechada de posibilidades. En una primera clasificación, limitada al autoconcepto como característica estable de la personalidad, encontraríamos de acuerdo con Oñate (1989), tres tipos fundamentales, a saber: el a) autoconcepto inconsciente, el cual se evalúa a través de pruebas proyectivas, b) el autoconcepto inferido a través de la conducta, el cual se evalúa a través de la conducta observable y c) el autoconcepto consciente o fenomenológico, el cual parte del supuesto de que el concepto de sí mismo, quien mejor lo conoce, es el propio sujeto y la mejor forma de medirlo es preguntándole a él mismo. Dentro de ésta clasificación se encuentra la Escala de Autoconcepto de Tennessee, escala que para los fines del presente trabajo resultó pertinente tanto por su estructura, su validez, su nivel de confiabilidad, como su uso y aplicación en la población en general, así como en población a nivel psiquiátrico.

William H. Fitts (1965), se abocó al estudio de los contrastes que presenta el autoconcepto a través de su Escala de Autoconcepto de Tennessee, mediante la cual es posible conocer la forma en cómo se percibe el sujeto a sí mismo, a través de la autodescripción, lo cual nos

proporciona conocimientos que se vuelven recursos en la práctica clínica (terapéutica) y de investigación, ya que provee un marco de referencia (interno y externo) del sujeto, a partir del cual es posible hipotetizar respecto de la conducta que exhibió o exhibirá la persona en un momento dado con base en dicha autodescripción. De ésta manera la aplicación de dicho instrumento en circunstancias como la tentativa suicida, permite sondear las circunstancias personales en las que el sujeto(s) realiza(n) el intento de muerte, mediante la autodescripción, de lo que se logra obtener un perfil del autoconcepto en un momento dado. La versión utilizada, es la correspondiente al trabajo de estandarización en una población universitaria mexicana, de la Universidad Nacional Autónoma de México García y Quintero (1995).

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro", fue el marco poblacional de adolescentes hombres y mujeres con tentativa suicida donde se realizó el muestreo, en las Unidades de Varones y Mujeres respectivamente, durante un periodo de cuatro meses de Febrero a Mayo de 1997, mismo que permitió conformar el grupo al que se hace referencia.

El estudio que se presenta a continuación es una Investigación de carácter Descriptivo por señalar sus características, de una sola cohorte por ser un grupo de individuos cuya experiencia en común es la tentativa suicida, transversal por que se midió una vez, y correlativo por establecer relaciones, en el que se pretende explorar el comportamiento poblacional con respecto al autoconcepto en sujetos que realizan la tentativa suicida, sus relaciones y diferencias y que asisten a un Hospital Psiquiátrico. De los datos obtenidos se presenta un Perfil Poblacional de la Escala de Autoconcepto de Tennessee que permite conjuntamente con otros elementos tomados de la entrevista y el expediente, conformar una idea más completa de la autopercepción de dichos jóvenes posterior a la tentativa y conocer los probables elementos o factores que contribuyeron para desencadenar dichas conductas.

Es importante acotar que los procesos de intervención en poblaciones psiquiátricas y con el componente atentatorio de muerte, crea vacíos de información valiosa, dado que el adolescente sobre todo el que intenta morir, se encierra en una forma de ostracismo que dificulta el acceso, es decir, la comunicación verbal. Por lo mismo, valerse de algunos instrumentos como la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la historia clínica y una breve entrevista, proporcionaron valiosa información para los fines de la presente investigación.

CAPÍTULO I LA ADOLESCENCIA.

1.1 Cambios Biológicos en la Adolescencia

La adolescencia es un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, y cuya duración e incluso existencia han sido discutidas y definidas como época de crisis, en la que aspectos bio-psico-sociales del individuo se modifican substancialmente. En este sentido, su duración se encuentra influida por factores que tienen que ver con la cultura, las creencias, la raza, así como la ubicación geográfica o el clima

Para algunos autores, la crisis por la que atraviesa el adolescente, determinada por aspectos sociológicos y culturales, toma más tiempo para alcanzar la genitalidad como meta, que el proceso de madurez fisiológica, ya que en otras etapas, el cambio se centra en algún aspecto, pero en la adolescencia, dicha crisis se generaliza, es por ello que Hall (1964) la denomina la "etapa de un nuevo nacimiento".

Desde la perspectiva biológica, en la etapa de la adolescencia hay un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de las características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los jóvenes y jovencitas en relación a su aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor, propios de cada sexo. Las hormonas son las que se encargan de desencadenar dichos cambios. Las que afectan el crecimiento, son secretadas y producidas en cantidades mayores.

Cada hormona está destinada a influir en cierto grupo de blancos o receptores, así la testosterona, los estrógenos y la progesterona, por ejemplo, hormonas sexuales, afectan a zonas tan diversas como el cerebro, la piel, las células en los genitales o los cartilagos, etc. La secreción de las glándulas endocrinas está estrechamente relacionada con un equilibrio muy delicado y complejo indispensable en un crecimiento y funcionamiento normales, así la hipófisis, productora de varias hormonas, como la de crecimiento, somatotropina y algunas hormonas secundarias que estimulan y regulan a su vez otras glándulas, como los testículos y ovarios que son las glándulas sexuales, cumplen dos funciones, producir gametos (espermatozoides y óvulos) y segregar las hormonas sexuales indispensables para el desarrollo de los órganos reproductores, lo cual repercute no sólo en aspectos fisiológicos, sino a la vez en las emociones de manera significativa e importante.

El ritmo de desarrollo aún a pesar de manifestarse de forma distinta en cada género, el crecimiento, alcanza su punto máximo en las mujeres a los doce años y en los varones a los

catorce años. El sistema músculo esquelético es el primero en verse estimulado, seguido del desarrollo del sistema reproductor

Una de las características en éste contexto biológico, en el hombre es la manifestación de la primera polución y de los sueños húmedos, lo cual le confirma el arribo de la madurez sexual. En la mujer la aparición de la menarca, constituye un evento importante ya que da inicio a la madurez física y da paso a la fertilidad. Ocurre sin previo aviso, lo cual produce impactos diferentes para la adolescente, de acuerdo a la información previa y la actitud interna y externa que se produce ante el evento, lo cual determina la llegada o el arribo a la mayoría de edad biológica, hecho que adquiere gran trascendencia para la adolescente.

En éste interjuego de un organismo en constante cambio y en contacto permanente con el medio ambiente, se definirán los caracteres sexuales terciarios, que son, en su expresión manifiesta, aquellas actitudes corporales propias de cada sexo que implica un sustrato psicológico.

1.2 Cambios Psicológicos en la Adolescencia

Con base en la teorización de Peter Blos (1980), el periodo de la adolescencia se caracteriza por fases o secuencias ordenadas de desarrollo psicológico, las cuales no pueden fijarse por un tiempo determinado o por la edad cronológica, pero si son antecedente importante en el proceso de madurez. Las fases que considera son **preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y postadolescencia.**

Para Blos (1980), el éxito en el inicio y desarrollo de la adolescencia se vincula con el periodo de la latencia, mismo que proporciona al sujeto en terminos generales, la diferenciación en el desarrollo de la inteligencia, entre el proceso primario y secundario del pensamiento con el empleo de la generalización; la comprensión social; el control ambiental y la independencia, las funciones del Yo deberán haber adquirido mayor resistencia a la regresión y a la desintegración en lo cotidiano; la capacidad sintética del Yo debe ser efectiva y compleja; y finalmente el Yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del exterior. Todos estos elementos permitirán el paso al aumento en la energía pulsional de la preadolescencia.

En la **preadolescencia**, hay un aumento importante en la presencia de las pulsiones, lo cual lleva al sujeto a una catexis indiscriminada hacia metas libidinales y agresivas de gratificación, donde no hay una distinción entre un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva o pulsional nueva, es decir, cualquier experiencia del sujeto puede ser transformada en estímulo sexual, incluidos pensamientos, actividades o fantasías, de esta manera la

función genital actúa como descarga no específica de tensión. Todo este resurgimiento de los impulsos genitales no es igual para los hombres que para las mujeres, debido a que cada sexo se enfrenta a los impulsos de manera distinta. Dicho autor considera que el aumento en los impulsos, lleva al resurgimiento de la pregenitalidad y al término de la latencia.

En la búsqueda de la gratificación instintiva o pulsional, con el encuentro de un SuperYó reprobatorio, el Yo le da solución a través de defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento, lo cual le permite aminorar su angustia y desarrollar habilidades e intereses aprobados por su entorno inmediato, donde la socialización de la culpa juega un papel importante. En un sentido de descarga de la tensión, aparecen conductas de somatización, las cuales son frecuentes en esta etapa. La forma de desarrollo psicológico en cada sexo es distinta y significativa en cada caso. El joven preadolescente toma una orientación genital a través de la catexis de sus impulsos o pulsiones pregenitales lo cual marca la terminación de la latencia; y la joven preadolescente se dirige en forma más directa hacia el sexo opuesto.

En la preadolescencia los deseos pasivos se encuentran sobrecompensados ya que la defensa hacia ellos se refuerza a través de la maduración sexual.

En el hombre, previo a un cambio exitoso hacia la masculinidad, aparece una angustia homosexual en contra de la angustia de castración como solución defensiva, que se manifiesta en conducta grupal como una conducta evasiva.

En el desarrollo de la mujer, la organización de los impulsos está dominada por una defensa en contra de una fuerza regresiva hacia la madre preedípica, donde hay una lucha entre madre e hija.

En la **adolescencia temprana** inician el proceso genuino de separación de las ligas objetales tempranas hasta el establecimiento de relaciones maduras de objeto. Lo que caracteriza esta fase, es la falta de catexis en los objetos de amor incestuoso, la cual depositará en otros objetos en busca de un acomodo. Por un tiempo cuando el adolescente joven se separa de los padres, la falta de catexis también comprende las representaciones de objeto y los valores morales internalizados que residen en el SuperYó. El SuperYó cuyas funciones son las de inhibir y regular la autoestima, disminuye en eficiencia, dejando al Yo sin dirección o presión de la consciencia. La debilidad del SuperYó es una función de origen constitutivo, principalmente la internalización de los padres al resolverse el conflicto edípico. Los valores, las reglas y las leyes morales en esta edad, han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, siendo sintónicas con el Yo y operan parcialmente dentro del Yo. Las acciones que realizan recurren a la fantasía, al autoerotismo o bien a una deflexión de la libidode objeto hacia el ser, y por consecuencia una vuelta al narcisismo.

En el retiro de la catexis de objeto, y la ampliación de la distancia entre el Yo y el SuperYó dan como resultado un empobrecimiento del Yo, lo cual hace sentir al joven un gran

sentimiento de vacío y puede ser que se dirija hacia el ambiente en busca de algo que le proporcione alivio. Así, tanto los cambios puberales como las condiciones del ambiente pueden anunciar o intensificar las reacciones adolescentes, pero no pueden crearlas de forma exclusiva.

En esta fase la amistad se idealiza, ya que las características en el otro son admiradas y amadas porque constituyen algo que el sujeto mismo quisiera tener y en la amistad se apodera de ellos. En esta etapa de expansión en la vida amorosa del individuo conduce a la formación del ideal del Yo y por tanto, internaliza una relación de objeto que en otra forma podría conducir a la homosexualidad latente o manifiesta. El Yo ideal como formación psíquica dentro del Yo, no sólo mueve al SuperYó de su posición actual sino que absorbe la libido narcisista y homosexual. Con esta nueva distribución de la libido hay un favorecimiento ante la búsqueda del objeto heterosexual y sirve para mantener relaciones estables.

La **elección del objeto adolescente** se desarrolla de la manera siguiente: a diferencia de la fase de la preadolescencia que se caracteriza por una posición regresiva, en la adolescencia temprana hay una tendencia hacia la separación de los objetos primarios de amor, hay una vida emocional más rica, orientada al crecimiento lo cual le permite autodefinirse y definir la cuestión ¿quién soy?.

Hay un cambio en lo cualitativo del impulso, porque la genitalidad se organiza en primer orden jerarquizando los impulsos, siendo un avance que influye en el desarrollo del Yo, lo cual permite la elaboración de sus funciones y de sus pautas defensivas, adquiriendo una fijación irreversible llamada carácter, lo cual se completa en la fase de la postadolescencia. Es una fase en la que el adolescente intenta separar los objetos de amor primarios, por lo que surgen las amistades idealizadas con miembros del mismo sexo; a la vez que los intereses y la creatividad se mantienen en niveles bajos, por lo que surge la búsqueda de nuevos valores, siendo una etapa de transición.

En este periodo se cambia el papel pasivo de ser controlado, por el del control activo del mundo externo, donde se observan las polaridades activo-pasivo y la fluctuación de las metas instintivas o pulsionales, situación que se presenta tanto en hombres como en mujeres. Freud en 1915, citado por Blos (1980), consideró que no es hasta la terminación del desarrollo durante la época de la pubertad que la polaridad del sexo coincide con lo masculino y lo femenino. En lo masculino, se concentra la actividad y posesión del pene; y en lo femenino lleva como objeto la pasividad. Dicha polaridad activo-pasiva modifica los impulsos y el intento de ponerlos en armonía con el Yo, el Yo ideal, el SuperYó y la condición somática de la pubertad, de esta manera se ejercita en relación al Yo, con el objeto y con el mundo externo, permitiendo en gran medida la elección de objeto adolescente,

dando paso a las fluctuaciones en estados de ánimo en cambios de conducta y en la forma en como perciben la realidad.

En el muchacho el retiro de la catexis hacia los padres, lo lleva a una elección narcisista de objeto basada en el Yo ideal. En la muchacha, hay una perseverancia en la posición bisexual con una sobrevaloración del componente fálico.

Durante las fases de adolescencia temprana y adolescencia propiamente dicha, debe lograr la renuncia de los objetos primarios de amor, es decir, los padres como objetos sexuales así como hermanos o figuras paternas sustitutas, lo que dará paso a la búsqueda de otros objetos, lo cual se refleja en las representaciones de objetos existentes como es el caso de las autorrepresentaciones, lo que posibilita el sentido de identidad.

Así la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha, los impulsos cambian hacia la genitalidad y los objetos libidinales preedípicos y edípicos cambian a objetos heterosexuales no incestuosos, manteniendo la integridad del Yo.

La adolescencia propiamente dicha, busca en las relaciones de objeto el hallazgo del objeto heterosexual que hace posible el abandono de las posiciones bisexual y narcisista, lo que le permite un desarrollo psicológico. A diferencia de las fases anteriores, el adolescente experimenta una vida emocional más intensa y profunda. Hay en ambos sexos, un aumento en el narcisismo, este aumento precede a la consolidación del amor heterosexual. En este sentido, el cambio de catexis del ser a un nuevo objeto altera la economía libidinal ya que la gratificación se busca en un objeto no en el sujeto mismo.

Antes de que nuevos objetos amorosos puedan tomar el lugar de aquellos abandonados, existe un periodo durante el cual el Yo se encuentra empobrecido por el retiro de los padres actuales y el alejamiento del SuperYo; durante este tiempo el adolescente vive una fuerte percepción interna de su propio ser, donde la visión en relación al Yo corporal, al Yo experimentador y al Yo autoobservador forman variantes específicas y egocéntricas individuales. En ellas se puede observar estados que giran hacia gratificaciones masoquistas o hacia la desesperación, expresada en llanto, sufrimiento o autocastigo, las cuales tienden a estados depresivos conectados con sentimientos de inferioridad, mismos que pueden ser considerados como estados autoinducidos del Yo de intensidad afectiva y sensorial, y promueven la vigilancia del Yo sobre la tensión instintiva, las cuales son aliviadas por procesos de descarga exterior, vía expresión motora

Así el Yo durante esta fase, inicia medidas defensivas, procesos restitutivos y acomodaciones adaptativas donde hay una variación individual de lo hecho, los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos, fundados en un principio de realidad y todo

esto al final de la adolescencia se transforma en un sistema unido e integrado, que le permite contestar a la pregunta de '¿quién soy yo?' por la respuesta a "este soy yo".

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo, es un tiempo de crisis, de crisis de identidad, donde se da término a la fase de la infancia, pero los conflictos infantiles no son eliminados, sino que se constituyen en un Yo-sintónico como tareas de la vida, así más allá de la reorganización de impulsos hay una transformación de los residuos edípicos en modalidades yoicas. Es el tiempo cuando los fracasos adaptativos toman su forma final. La tarea de esta fase es el establecimiento de la identidad del Yo, misma que es el resultado de procesos psicológicos heterogéneos que se combinan acumulativamente en un estado del Yo conocido como sentido de identidad, identidad del Yo, o sentido del ser.

La adolescencia tardía es una fase de consolidación, hay un arreglo estable e idiosincrásico de funciones e intereses del Yo; hay una liberación de los conflictos del Yo, considerada como una autonomía secundaria; se da la constancia de identidad como primacía genital; hay una relativa constancia en la catexis de representaciones del Yo y del objeto, así como la estabilización de aparatos mentales que permiten salvaguardar la identidad del mecanismo psíquico. El sujeto gana en capacidad propositiva, integración social, predictibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima. Hay mayor y mejor unidad entre los procesos afectivos y volitivos. La tolerancia al conflicto y a la ansiedad, así como la cantidad y la intensidad de los estímulos -internos y externos- necesarios para el funcionamiento afectivo, determinan las diferencias individuales, este proceso influye en la formación del carácter y de la personalidad. El aparato psíquico que sintetiza los procesos específicos de la adolescencia, los estabiliza, los vuelve irreversibles y les da un potencial adaptativo. Es importante hacer énfasis en que todo proceso opera dentro de los límites que imponen los factores constitucionales, tales como las dotes físicas y mentales.

La postadolescencia es una fase considerada como de transición entre la adolescencia y la edad adulta. El sujeto se encuentra en un proceso de armonización de los impulsos y en las organizaciones yoicas. En el sentido del impulso sexual, la experimentación es evidente en las relaciones con objetos de amor potencial que representan todas las posibles combinaciones de amor. La experimentación también se expresa en intereses yoicos que permite al sujeto elaborar su muy especial forma de vida que se caracteriza por procesos integrativos. Durante esta fase, emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima. El Yo ideal ha tomado la función reguladora del SuperYó y se ha convertido en el heredero de los padres idealizados de la infancia, lo que sostiene el sentido de dignidad y autoestima. Dado el desarrollo del Yo así como la organización de impulsos, se integra la definición del papel social, el estudio de una carrera o el desarrollo de una profesión o empleo, en muchos casos la preparación de una relación con una pareja estable, tal vez el matrimonio y por consecuencia la paternidad-maternidad. De lograrse una adecuada integración, será un adolescente seguro de sí mismo, menos dependiente de los demás y podrá encarar mejor los retos sociales, intelectuales y emocionales.

Imagen Corporal y Ajuste.

Mucho antes de la adolescencia, los niños se percatan de la existencia de diferentes somatotipos e ideales, teniendo una imagen más o menos clara de su constitución corporal de sus habilidades y proporciones, pero llegada la adolescencia, la constitución corporal es objeto de mayor atención aún, ya que los cambios reales que sus cuerpos sufren, repercuten en la idealización y fantasías que formulan derivados de los modelos externos y de las expectativas que ellos mismos se forman de su propia imagen corporal.

Los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo y con frecuencia, muestran ante él una actitud crítica, por lo mismo, pueden ser extremadamente intolerantes ante la desviación tanto en la constitución corporal (ej: muy delgado o muy gorda) como en su sincronización (ej: maduración tardía), por ello, son más sensibles y perceptivos a su aspecto físico y al de sus amigos. Las discrepancias entre su autoimagen imperfecta pero real y el hermoso ideal que deben emular pueden constituir una fuente importante de ansiedad, insatisfacción y preocupación, situación que disminuye a medida que maduran paulatinamente. En esta etapa, se presentan como principales fuentes de preocupación, la talla, el peso y la complexión. En general se ha observado y comprobado que la preocupación por la imagen corporal disminuye a medida que el joven se acerca a la madurez.

Identidad sexual

Es lógico aceptar que el sino de la adolescencia para Aberastury (1994), es entrar en el mundo adulto, pero es importante recalcar que la identidad es una característica de cada momento evolutivo en el desarrollo del ser humano y no de un estadio como se hace énfasis en la adolescencia

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en esta etapa, para después alcanzar la madurez en la adultez. Se logra lo que Erikson (1956) ha definido como una entidad yoica, una identidad personal. En este sentido, Nixon citado por Ericson (1956), relaciona el concepto de sí mismo (self) con el símbolo que cada uno posee de su propio organismo el cual denomina autocognición, ya que es el conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofísico que tiene características especiales en cada etapa evolutiva. De esta manera el cuerpo y el esquema corporal (representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como resultado de sus experiencias) son dos variables íntimamente interrelacionadas que no deben desconocerse en el proceso de definición del sí mismo y de la identidad.

El logro del autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto cambia y va integrando las concepciones que de sí mismo tienen las otras personas, grupos e instituciones, lo cual le permite ir asimilando todos los valores que conforman el ambiente social. De esta forma, se va constituyendo el sentimiento de identidad como una verdadera experiencia de autoconocimiento. El psicoanálisis confirma estas ideas y también acepta que es necesario integrar todo lo pasado, lo experimentado, lo internalizado (y también lo desechado), con las nuevas exigencias del medio y con las urgencias instintivas, así como con las modalidades de relaciones objetales establecidas en el campo dinámico de las relaciones interpersonales. El adolescente necesita darle a todo esto una continuidad dentro de la personalidad, por lo que se establece una búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad (Erikson, 1956). Para este autor, el problema clave de la identidad consiste en la capacidad del Yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante, por ello la identidad no significa un sistema interno cerrado, impenetrable al cambio, sino más bien, un proceso psicosocial que preserva algunos rasgos esenciales tanto en el individuo como en su sociedad. De la infancia no se pasa al pleno actuar genital procreativo, sino que atraviesa por la moratoria psicosexual, donde se requieren roles específicos y se permite experimentar con lo que la sociedad tiene para ofrecer con el fin de permitir la ulterior definición de la personalidad. En esta búsqueda de la identidad, comenta Aberastury (1994), que el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal, lo cual da paso al proceso de identificación masiva, donde todos se identifican con cada uno, propiciando el proceso grupal del que participan los adolescentes.

Pero, como hace notar Erikson (1956), si la búsqueda se torna en una identidad negativa, basada en las identificaciones con figuras negativas, pero reales, el argumento sería: es preferible ser alguien, perverso, indeseable a no ser nada. Lo cual es observable en los grupos de pandillas, de delincuentes, drogadictos, etc., donde se recurre ante la necesidad de tener una identidad, a este tipo de identificaciones, la cual es anómala, pero concreta. Situación que se evidencia cuando ya hubo trastornos en la adquisición de la identidad infantil.

La situación cambiante que significa la adolescencia obliga a reestructuraciones permanentes externas e internas que son vividas como intrusiones dentro del equilibrio logrado en la infancia y que obligan al adolescente, en el proceso para lograr su identidad, a tratar de refugiarse férreamente en su pasado mientras también de proyectarse intensamente en el futuro. Realiza un verdadero proceso de duelo como lo enfatiza Aberastury (1994), por el cual al principio niega la pérdida de sus condiciones infantiles y tiene dificultades en aceptar las realidades adultas que se le van imponiendo, entre las que se encuentran fundamentalmente las modificaciones biológicas y morfológicas de su propio cuerpo. Los procesos de identificación que se han ido llevando a cabo en la infancia mediante la incorporación de imágenes parentales buenas y malas, son las que permitirán una mejor elaboración de las situaciones cambiantes que se hacen difíciles. El proceso de duelo que se efectúa, como todo proceso de duelo, necesita tiempo para ser realmente elaborado y no

tener las características de una actuación de tipo maniaco o psicótico, lo que explica que el proceso de entrar y salir de la adolescencia sea tan largo y no siempre plenamente logrado. La integración del Yo para Grinberg cccitado por Aberastury (1994), se produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos. Y por otra parte, para Aberastury (1994), un buen mundo interior surge de una relación satisfactoria con los padres internalizados y de la capacidad creadora que ellos permiten, lo cual posibilita una buena conexión interior y un buen reajuste emocional, así como el establecimiento de la identidad adolescente.

La identidad sexual implica la existencia de cambios catécticos y de la búsqueda del encuentro, de asemejarse a, de encaminarse al dominio hacia la heterosexualidad, pero implica a la vez, presiones sociales que fuerzan la sumisión y que pueden producir un estado de confusión interna, lo cual en ocasiones provoca errores característicos de los adolescentes en el cumplimiento de las demandas normativas de la vida. Hay una tendencia pasajera a preservar los privilegios de la infancia y a gozar a la vez de las prerrogativas de la madurez. La identidad sexual madura guarda relación directa con los cambios biológicos, lo que incluye la expresión de los sentimientos y necesidades sexuales, así como la aceptación o rechazo de los roles sexuales, mismos que se establecen mucho antes de la adolescencia (años preescolares); ya en los años intermedios y finales de la niñez, el niño se asocia principalmente a grupos del mismo sexo en una forma sexualmente neutral. Al llegar la pubertad y la adolescencia, todos los cambios biológicos de la maduración física suscitan un nuevo interés por la sexualidad y agravan el problema de integrar esos impulsos con los otros aspectos de la personalidad. A este proceso se le da algunas veces el nombre de socialización sexual, de acuerdo como lo plantea Craig (1988), y consta de cinco componentes a saber 1) escoger una preferencia por el objeto sexual; 2) asumir una identidad sexual; 3) aprender los papeles propios del sexo; 4) entender la conducta sexual y 5) adquirir las destrezas y el conocimiento sexuales. La socialización sexual por lo general culmina en sentimientos positivos respecto de la propia sexualidad y a la capacidad de traducirlos en una conducta correcta y eficaz.

De acuerdo con Arminda Aberastury (1994), la adolescencia en síntesis, se caracteriza por. 1) la búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) una tendencia grupal; 3) la necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) una desubicación temporal, donde el pensamiento adquiere en ocasiones características de pensamiento primario, 6) una evolución sexual manifiesta que va desde el auto erotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, 7) una actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad, 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de éste periodo de vida; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo

1.3 Cambios cognoscitivos en la adolescencia.

Aunque la madurez física y el ajuste a la sexualidad son pasos importantes, en esta época ocurren cambios cognoscitivos trascendentes. Se presenta un aumento en la capacidad y estilo del pensamiento, lo cual enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y su penetración. Este perfeccionamiento de las capacidades también produce una rápida acumulación de conocimientos que abre una gama de cuestiones y problemas capaces de complicar y enriquecer su vida.

En la propuesta teórica de Piaget (Inhelder y Piaget, 1958), el hito del cambio cognoscitivo del adolescente, es la aparición del pensamiento de las operaciones formales. Este nuevo procesamiento intelectual es abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato. Incluye pensar en las posibilidades, comparar la realidad con aquello que pueda ocurrir o con aquello que nunca podrá suceder. A diferencia de los niños que parecen encontrarse cómodos con hechos empíricos y concretos, los adolescentes manifiestan una creciente inclinación a tratar como una simple variación de lo que pudiera ser. El pensamiento de las operaciones formales requiere la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis.

El pensamiento hipotético incluye no sólo manipulación de elementos conocidos y verificables, sino también de aquellos que son contrarios a los hechos (supongamos ahora que . . .) Los adolescentes muestran asimismo una creciente capacidad de planear y prever las cosas, así como reflexionar sobre el pensamiento, lo cual los lleva a la introspección y al ensimismamiento. Se inicia el proceso de poner todo en tela de juicio, a rechazar los viejos límites y categorías, al hacerlo constantemente excluyen las actitudes tradicionales y se convierten en pensadores más creativos.

El pensamiento de las operaciones formales puede caracterizarse como un proceso de segundo orden, (el primero, es descubrir y organizar las relaciones existentes entre objetos), el cual consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad como lo establecen Inhelder y Piaget (1958). Así adquiere un alcance mucho más vasto y una complejidad más rica en el contenido de sus pensamientos, lo cual no sólo influye en el estudio de las ciencias o de la matemática, sino en su mundo social, sobre todo durante los años intermedios y al final de la adolescencia, donde se manifiesta un creciente interés por las cuestiones de carácter social y político.

Comienza a desarrollar conceptos holísticos sobre la sociedad y las instituciones, así como los principios éticos que sustentan las relaciones interpersonales. Este proceso racional de las cuestiones, también se refleja en un renovado esfuerzo por lograr una congruencia

interna , ya que a medida que evalúan lo que han sido en el pasado, planean lo que confían ser en el futuro, dando una evaluación personal intelectual y racional. Se advierte entonces el deseo de estructurar el comportamiento, los pensamientos y las actitudes, en el sentido de mayor congruencia consigo mismo o de mayor conformismo con las normas del grupo, o bien en el sentido de una imagen nueva e individualizada. Dicha postura, ayuda al perfeccionamiento de las habilidades cognoscitivas y a la toma de decisiones de tipo vocacional, lo cual se da en una auto evaluación imparcial y en opciones profesionales válidas.

Con base en lo anterior, lo que caracteriza el pensamiento adolescente según Craig (1988) es 1) la capacidad de combinar todas las variables y encontrar una solución al problema; 2) la capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene sobre otra y, 3) la facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo.

CAPÍTULO II EL AUTOCONCEPTO. REVISIÓN TEÓRICA.

2.1 Antecedentes.

Quizá de todas las razones existentes en el estudio del comportamiento humano, ninguna sea tan importante como el deseo de los individuos de saber más acerca de sí mismos. Sin embargo, no es un constructo reciente. En la filosofía ha sido tratado desde diversas perspectivas. El constructo de autoconcepto en Psicología, surge del análisis operacional de la antigua cuestión que ocupó a muchos filósofos, a saber ¿quién soy yo?.

Ante el rechazo de las explicaciones metafísicas del alma, espíritu o deseo, por no ser aprehensibles con la metodología científica, el concepto de self surge como el más importante objeto de la experiencia de cada individuo, como lo menciona Oñate (1989), a causa de su primacía, continuidad y omnipresencia en todos los aspectos del comportamiento.

Para Fromm (1976) el concepto de self -sí mismo- es el único atributo propio del hombre, ya que lo distingue más de los animales que el lenguaje mismo, de ésta manera el hombre trasciende todas las formas de vida desde que solamente él es vida y está atento a ese dicurrir

El autoconcepto es complejo en su conceptualización, ya que implica diversos significados con distintas fuentes, lo cual se puede ver desde una perspectiva histórica. Partiendo de la época de Platón, su estudio se conceptualiza como el alma, elaborando un tratado para explicar su postura. En el caso de Aristóteles, en el siglo III A.C., se le considera como el primero en realizar una descripción sistemática de la naturaleza del Yo. Pasado el tiempo, San Agustín, es quien describe el primer atisbo de introspección de un self personal.

Durante la Edad Media éste concepto y la cuestión del conocimiento del self permaneció en manos de pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época y no es hasta el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto del self se reflejaría en el pensamiento de Descartes (citado por Oñate 1989) en 1637 con su frase "pienso, luego existo" coloca su sí mismo como base para hablar de sí mismo.

En esta tesitura, Hobbes (1979) en su Leviatán aproximadamente en 1651, aportó un código ético basado en el interés del self, quien junto con Locke en oposición a las nociones de Descartes, atribuyen mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla

propriadamente el self, el autoconcepto sería siempre nuestras sensaciones y percepciones actuales, como lo mencionan Musitu y Roman (1982). En el siguiente siglo (XVIII) Hume le da una argumentación en un sentido basado en la Identidad. Posteriormente Kant introduce la distinción entre el autoconcepto como sujeto y objeto. El self, tratado por Locke y Hume fue entendido como unidad obtenida por la síntesis, es decir, el self empírico o puro ego.

En la Psicología fisiológica del siglo XIX, la esencia del autoconcepto aparece en el sustrato físico de la consciencia, pero no es hasta que James (1890), posteriormente proporciona las bases para el estudio del self, y es quien identifica al self como el agente de la conciencia (conciencia de sí mismo), así como parte importante del contenido de la misma. Esta naturaleza dual como objeto y como proceso, aún es actual ya que es la suma total de aquello que pueda llamar suyo. James, considera también que el self empírico o mí, está formado por tres constituyentes, a saber: a) el self social o las opiniones que los demás tienen de él-ella. b) el self material o cuerpo y, c) el self espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el Yo.

Posteriormente, el planteamiento fenomenológico especialmente para los gestaltistas con Köhler (citado por Oñate 1989), identifica al self experimentado y la percepción corporal.

2.2 Posturas teóricas acerca del autoconcepto.

2.2.1 El autoconcepto en el interaccionismo simbólico.

En su libro *Los Principios de Psicología*, James en 1890, sostiene que las imágenes que otros tienen, se reflejan en uno, mismas que se incorporan formando el autoconcepto, de ésta manera el hombre tiene tantos selfs sociales cuantos individuos que lo reconocen y generan en su mente de él. Posteriormente Cooley, Mead y otros interaccionistas simbólicos (citados por Oñate 1989), insistían en que el concepto de una persona tiene de su self, surge sólo de la interacción con otros y refleja sus características, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona self espejo (looking-glass self).

Cooley en 1902, define el self como el sistema de ideas procedentes de la vida comunitaria que la mente aprecia como suyo. De ésta, manera, el autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo. Este autor, consideró que hay un self múltiple, ya que cada uno es lo que cree que los demás creen que es. Esta construcción social del self, fue un aspecto de interés primario para la Psicología social, ya que ofreció un puente entre el individuo y el orden social, así el self sería a la personalización del individuo lo que los roles a la estructura social.

Mead (1972) consideró el self, de manera similar a Cooley, como el resultado de un proceso social, consecuencia de un largo periodo evolutivo, el cual se puede conocer empíricamente. Para él, el self comprende tanto el Yo, principio de acción e impulso, como el Mí, actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el self y lo resume en: el self es esencialmente una estructura social y se desarrolla en la experiencia social

Para Rosenberg y Kaplan (citados por Oñate 1989), la Psicología cognitiva, retoma el constructo del self, predominantemente cognitivo y social de Mead, acentuando su interés en el Yo, y dando un énfasis en el procesamiento de la información, de cómo se adquiere, cómo se almacena, se recupera y cómo se utiliza de manera relevante para cada individuo. En conclusión, el interaccionismo simbólico, viene a significar que en algún lugar del individuo existe una consciencia que proporciona sentido e identidad, así como direccionalidad a la acción.

2.2.2 El autoconcepto en la perspectiva conductista.

La postura conductista no niega la existencia de los procesos internos, pero asume que deben usarse para explicar la conducta cuando éstos puedan ser observados y medidos científicamente. Este enfoque, no considera el self como una estructura unitaria de la personalidad. Desde 1920 hasta la actualidad, los conductistas han cuestionado la validez del estudio del self, por lo que ellos llaman -mentalista del constructo-, y la no utilización de rigurosa metodología científica.

La postura del neoconductista Skinner (1977) es de rechazo a la concepción tradicional de sí mismo como sistema directriz unitario responsable de la función psicológica de integración, ya que es un sistema de respuestas funcionalmente unificado. Para Cameron (citado por Oñate, 1989), las autorreacciones verbales o no, abiertas o encubiertas, no son sino patrones de comportamiento adquiridos.

La concepción conductista de sistemas coherentes de actitudes y autorreacciones, supone que éstas respuestas son aprendidas, en forma semejante a como se adquieren las respuestas a objetos externos y a eventos. Así, el lenguaje servirá para combinar e interrelacionar las clases de respuestas y eventos, contribuyendo a la coherencia de actitudes, uniendo lapsos temporales y espaciales entre las situaciones. Las características más notables del auto conocimiento es que con frecuencia falta en áreas muy importantes del funcionamiento social, así el auto conocimiento deficiente reduce la capacidad de planeación y de ejecución del comportamiento en su nivel más eficiente.

Staats y Staats (1968) consideran que el self está constituido por las medidas o calificaciones en sí mismas, por lo cual, un autoconcepto alto (favorable), supone evaluaciones positivas en las escalas de medida.

Desde el punto de vista de la teoría conductista, el self ha de tratarse en términos de cómo se mide. El autoconcepto se define como los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma.

2.2.3 El Autoconcepto y el Psicoanálisis.

La teoría psicoanalítica elaborada por Freud, no se aborda el autoconcepto como tal, pero hace énfasis a lo que él denomina Yo, el cual en algunas de sus funciones, podría ser equiparable al autoconcepto.

Al vocablo Yo, Freud (citado por Cueli, 1990) adjudica dos usos principales, en el primero designa el sí mismo de una persona como totalidad para diferenciarla de otras personas, el otro uso designa o denota, una parte determinada de la psique que se caracteriza por atributos y funciones especiales.

En la actualidad, los psicoanalistas contemporáneos al describir al Yo, retoman ambas acepciones del vocablo dadas por Freud, y consideran que el autoconcepto se conforma a partir de la interrelación de las tres instancias del aparato psíquico (ello, Yo, SuperYó) y las formas de comportamiento dadas en su ambiente.

2.2.4 El Autoconcepto en los Neofreudianos.

Los neofreudianos Sullivan, Horney y Adler, han teorizado sobre el origen del autoconcepto. Sullivan (1955), profundiza en el proceso interpersonal, ya que para él, el conocimiento de otras personas está presente de manera muy importante, en la evolución del individuo, y que es un componente educativo innegable. Analiza la manera en que el individuo aprende a disminuir o contrarrestar la amenaza de su autoestima. Considera el self, como la organización de las experiencias educativas creadas por necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad. Argumenta que como resultado de la ansiedad vivida por el niño, surge y se crea el sistema del self, mismo que lo mantendrá seguro y alejado de la tensión. Este sistema según Cueli (1990) estará conformado por un self real, el cual tiende a persistir y a ser reforzado a medida que transcurre la vida, el cual se confrontará conforme las tensiones se presenten.

Horney consideró que cada individuo, a partir de sus self real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo, el cual es un sentimiento universal. Para poder alcanzar esta autorrealización, el hombre debe tener un self idealizado al cual pueda seguir como modelo. El problema de esto reside, en que muchas de las veces dejará de lado la meta genuina de la autorrealización, para enfrascarse en actividades y conductas que correspondan más a su self ideal que al otro.

Como es el caso de un individuo que lucha por alcanzar una meta inaccesible, y al verla frustrada, por no poder lograrla, surgirán en él, conductas neuróticas, perdiendo la posibilidad de regresar a la espontaneidad del self real. Así, Horney, (citada por Cueli, 1990) pensó que en cuanto el individuo pierde su espontaneidad o se abstiene de ser hombre espontáneo, su self real se enferma y se trastorna emocionalmente.

Para Adler (1972), cada sujeto lucha por ser superior dentro de sí mismo y no necesariamente en competencia con otros hombres, ésta superioridad se da combinando sentimientos de inferioridad a partir de un estilo de vida. La parte más importante de este sistema dual, es el self interno de cada persona, la conducta es causa principal del self mismo que está en contraposición con el medio. Cada persona alcanza sus metas mediante el self creativo, mediante su particular estilo de vida y por el enlace que establece a través de un interés social. En la situación de la baja autoestima, las debilidades y enfermedades como parte de dejarse llevar por los sentimientos de inferioridad, pueden desarrollarse alrededor de ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior.

2.2.5 El Autoconcepto y la Psicología Social.

De acuerdo con Coopersmith (citado por Oñate, 1989), la autoestima involucra una evaluación del sí mismo, las reacciones defensivas y, una connotación afectiva aunados a otros correlatos. Para él, la autoestima, es un juicio personal sobre la dignidad de uno, expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, así como la extensión en la que la persona cree ser capaz, significante, exitosa y digna.

Hace énfasis en dos aspectos: la expresión subjetiva, es decir, la autodescripción y autopercepción individual y por otra parte, la expresión comportamental de la autoestima que el sujeto pone a disposición de otros observadores. La verdadera autoestima ocurre cuando la persona se siente digna y portadora de valor y la autoestima defensiva, se da cuando el sujeto se siente indigno, aunque no pueda admitir tal información por ser amenazarse. Considera cuatro variables importantes en la determinación de la autoestima, como son los valores, éxitos, defensas y aspiraciones. Al realizar estudios con familias llegó a la consideración de que hay cuatro condiciones importantes para desarrollar un alto nivel de autoestima en el niño. a) aceptación total o por lo menos parcial del niño por sus padres; b) que existan límites claramente definidos y respetados; c) que exista respeto por parte de los padres y adultos a la iniciativa individual del niño, dentro de los límites del espacio propuesto y d) que se propicie juicio dado a través de la amplitud de la libertad de cada niño, a fin del logro de una valía personal y un experiencia subjetiva con la que el individuo se comunica con los otros, por medio de relaciones verbales y de otros conductos claramente expresados.

2.2.6 El Autoconcepto y el Aprendizaje Social.

Dentro de la perspectiva del aprendizaje social, Bandura (1980) considera que para estudiar el self, hay que considerar dos variables, a saber: la auto-recompensa y el auto-castigo, a lo que llama auto-refuerzo. El autoconcepto depende de la frecuencia de autorrefuerzo, de modo que el desarrollo del self, se puede considerar como un caso específico de cambio de actitud. Estos procesos son: el condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el self se puede comparar a un suceso u objeto que provoca una reacción de emoción placentera. En el operante, el refuerzo de las diferentes manifestaciones del self aumentará o disminuirá la frecuencia de aparición. La naturaleza y frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituyen el autoconcepto de cada persona. El aprendizaje social añade al modelo de condicionamiento, el aprendizaje vicario, asimismo incorpora una serie de procesos internos del individuo, aunque da más importancia a la conducta observable, sin dejar a un lado los procesos cognitivos. Bandura (1980) utiliza conceptos que se refieren a procesos simbólicos o cognitivos en la descripción del proceso de socialización en el que está inmerso el self. Rechaza los modelos mecanicistas y enfatiza los procesos vicarios, simbólicos y autorreguladores en el aprendizaje humano. (Musitu, et.al, 1982).

2.2.7 El Autoconcepto en la Psicología Cognitiva.

La Psicología Cognitiva observa diversas conexiones con el Interaccionismo simbólico, asume que para comprender o predecir la conducta, hay que comprender cómo el individuo representa o estructura cognitivamente al mundo y así conocer su marco de referencia. Las estructuras cognitivas que desarrollamos para representar el mundo externo, proveen líneas guías sobre cómo interpretar lo que nos llega. Sin una organización de estas estructuras, ni la percepción ni el pensamiento serían posibles.

Neisser (1981) llama esquema a estas estructuras y lo define como una estructura interna al receptor, específica y modificable por la experiencia de lo que se está percibiendo. Considera el esquema no sólo como plan, sino como ejecutor del plan, es decir, un modelo para la acción. Cree que el individuo examinando y pensando sobre el mundo, los perceptores asimilarán sólo aquello para lo que tiene esquema, ignorando el resto; de ésta manera los esquemas son la base para la selectividad que opera en el procesamiento de la información. Uno de sus rasgos, es que existen en interdependencia dinámica con el entorno, dirigiendo la actividad relevante a ellos mismos y siendo a su vez modificados por esta actividad, de tal forma que los esquemas son cambiados y actualizados continuamente.

Teóricos como Kelly (1955), Sarbin (1968), Epstein(1973) y Coopesmith (1977) (citados por Oñate, 1989), han considerado el self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de una persona

Al conceptualizar el self, resulta difícil representarlo como estructura y proceso dentro de la misma descripción, similar a lo que James (1890) definía como lo conocedor y lo conocido. Los teóricos con un acercamiento cognitivo, asumen al self como un modelo para la acción (denominado proceso) y un modelo de acción (denominado estructura), donde el self se investiga como un conjunto de estructuras de conocimiento. Este análisis en términos de autoconcepto, está dado porque tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros, es decir, para cada uno de nosotros.

2.2.8 El Autoconcepto en la Psicología Humanista.

La postura teórica de la que parte el trabajo de Fitts (1965) en la Escala de Autoconcepto de Tennessee, es el autoconcepto consciente o fenomenológico, cuya orientación parte de la Teoría Humanista. Este es el marco referencial para la presente investigación, cuyo enfoque supone que el concepto de sí mismo quien mejor lo conoce es el propio sujeto y la forma más adecuada de medirlo, es preguntándole a él mismo

La noción de autoconcepto se deriva directamente de la Psicología del Yo, particularmente de la Teoría del sí mismo. Hay dos significados que el sí mismo posee de acuerdo con Hall (1984), el primero es considerado como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma, el cual se instala como un objeto, ya que denota las actitudes, sentimientos, percepción y evaluación que la persona elabora respecto de sí misma, y el segundo, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación, como el pensar, recordar, etc.

Desde esta perspectiva teórica, el sí mismo es un derivado del Yo como resultado de la propia representación, es decir de las imágenes de uno mismo (autorrepresentaciones), las cuales dan origen a la subestructura yoica cuya integración se compone de afectos y cogniciones; de estas autorrepresentaciones que se derivan de las etapas de desarrollo, se conforma el sí mismo, el cual pasa a ser un organizador, supraordenado de funciones claves del Yo, observándose en situaciones como la prueba de la realidad, la integración y la sintetización, como lo expone Hartman, citado por Kernberg (1987).

Para Gaddini (citado por Hall, 1984) la organización e integración de las percepciones, a la par de la memoria, permiten estructurar una realidad psíquica interna, a partir de la incorporación en el sí mismo de las representaciones mentales.

Desde esta concepción, Bennett (citado por Cueli, 1990) considera que el autoconcepto, es la síntesis organizada de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo, es una *gestalt*, donde cualquier modificación de los elementos se reflejará en el sistema total. De esta manera el autoconcepto viene a ser un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Significa una fusión de representaciones mentales, provenientes de la experiencia personal, en un sistema de *apercepciones* que son más o menos estables. De la organización de *introyecciones*, se da el autoconcepto, el cual ha sido construido inadvertidamente a través de su experiencia e interacción con el medio.

Desde la perspectiva de Rogers (1985), uno de los autores más representativos de la Teoría del sí mismo, mantiene a lo largo de sus escritos un enfoque fenomenológico de la personalidad, es decir, para él, la realidad de cada persona dependerá de la forma en cómo se percibe un objeto o situación y sus reacciones estarán determinadas por esa percepción, en vez de estar definidas por una realidad objetiva, y para poder entender la conducta hay que remitirse a la estructura interna de referencia o realidad subjetiva del sujeto. Rogers (citado por Cueli, 1990), en su postura teórica, hace referencia al concepto del sí mismo, *self*, o sí mismo, como uno de sus constructos teóricos más relevantes. La consecuencia de la tendencia a la diferenciación del individuo, constituye un aspecto de la tendencia actualizante, donde una parte de la experiencia se diferencia y se simboliza en la consciencia. Esta parte simbolizada, corresponde a una consciencia del ser, de actuar como individuo, y puede describirse como experiencia del yo. Como consecuencia de la interacción entre el organismo y el medio, la consciencia de ser y de actuar como individuo aumenta y se organiza gradualmente para formar el concepto del yo que, como objeto de la percepción, forma parte del campo experimental. A medida que se exterioriza la consciencia del yo, el individuo desarrolla una necesidad de consideración positiva. Esta necesidad es universal por cuanto existe en todo ser humano y se hace sentir de manera continua y penetrante. A causa de la necesidad de la consideración positiva de sí mismo, el individuo percibe se experiencia de manera selectiva, en función de la valoración condicional a la que ha llegado a someterse.

Las actitudes hacia el sí mismo son fundamentales, ya que las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones en su medio social, se matizan de una dimensión valorativa que conlleva a la aceptación del sí mismo. Distingue tres aspectos en las actitudes hacia sí mismo: 1) el contenido específico de la actitud que es una dimensión cognitiva, 2) un juicio respecto al contenido de la actitud con base en algunos patrones que le confiere un aspecto evaluativo o valorativo y, 3) un sentimiento relacionado al juicio evaluativo, que constituye la dimensión afectiva. La aceptación de uno mismo o autoestima-autoconcepto, según Rogers, se relaciona básicamente con éste aspecto.

Por otra parte, cualquier experiencia que sea incongruente con el concepto que se tiene de sí mismo, tenderá a ser ocultada de la conciencia. En consecuencia, si los datos sensoriales se contraponen a la imagen del sí mismo, son distorsionados para ajustarlos al autoconcepto; para Rogers (1985) solamente se asimila la información que se encuentra acorde con la imagen que se tiene de sí mismo. Cuanto mayor sea la congruencia entre el autoconcepto y la descripción objetiva del sí mismo, habrá un mayor ajuste personal, sin necesidad de hacer uso de defensas perceptuales, ya que la defensa perceptual es un proceso análogo a la represión, de tal forma que cualquier estímulo amenazador es excluido de la conciencia o bien, inhibido. Como cualquier otra percepción, las defensas perceptuales son afectadas por los valores, necesidades e intereses del sujeto. Las defensas básicas para Rogers, que se emplean para defender el autoconcepto son la negación y la distorsión.

La Rosa (1986) considera que el autoconcepto es una fotografía organizada y una gestalt organizacional del sí mismo. La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones del sí mismo. Otra característica importante de la estructura del self, es la consistencia de tal modo que un comportamiento inconsciente con el autoconcepto, genera tensiones psicológicas y malestar físico, mientras que una estabilidad emocional positiva hacia el self, procede de una conducta inconsciente (Festinger, 1957; Heider, 1958, en La Rosa, 1986)

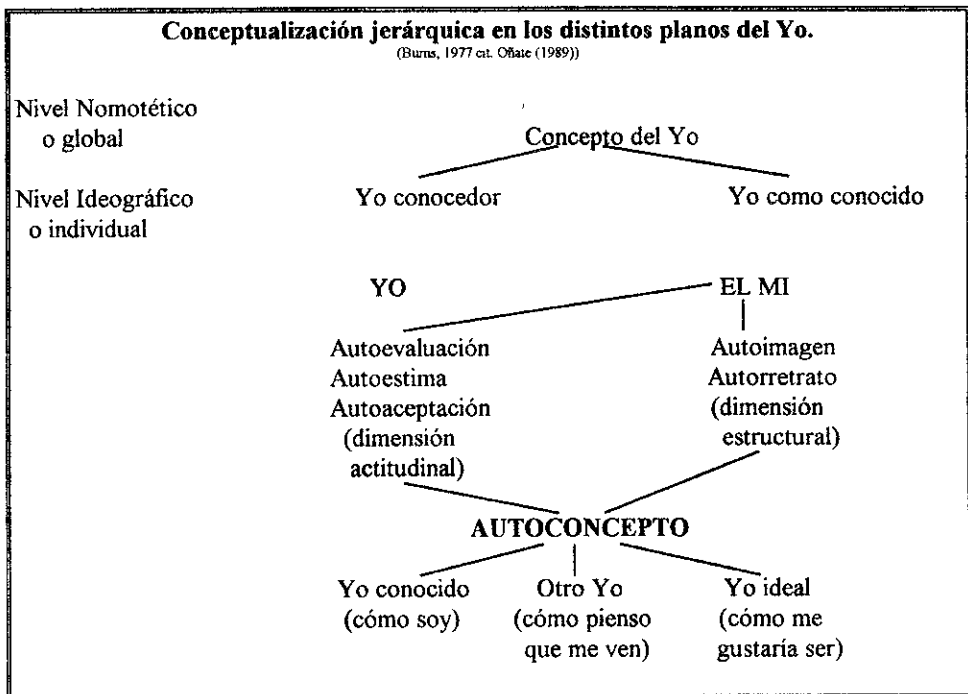
Dentro de la psicología humanista, Fitts (1965) autor de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (E.A.T), contribuyó más al campo empírico que al teórico, centrandó su interés en el área clínica y asesoramiento psicológico, lo que lo llevó a establecer relación entre autoconcepto y rehabilitación

Fitts (1965) sustenta que el autoconcepto revela al individuo en aspectos fundamentales de la personalidad, lo que permite a las personas dedicadas a la ayuda psicológica a comprender mejor a su paciente, a fin de lograr la planeación adecuada en la asesoría en el proceso terapéutico, de rehabilitación y autorrealización. Aunque Fitts entienda por autoconcepto generalmente el aspecto positivo del sí mismo-autoestima, él aborda otros aspectos relacionados con la estructura, componentes y consistencia. Fitts expresa su modelo conceptual en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal, enfatizando la libre comunicación.

2.3 Organización y Dimensiones del Autoconcepto.

2.3.1 Organización.

Staines(1958) analiza la estructura del Yo en términos de niveles, categorías y dimensiones. En cuanto a **niveles**, diferencia el nivel Yo conocido o lo que el individuo percibe que es él mismo; el nivel del otro Yo o lo que los otros piensan de él y, el Yo ideal o lo que desearía ser. Las **categorías** o aspectos del Yo que los individuos informan, abarcan características físicas, habilidades, rasgos, actitudes, valores y metas. Las **dimensiones** serían las direcciones en las que los sujetos pueden variar, comprendiendo autoconsciencia, diferenciación, potencia, integración, realismo, estabilidad, autoaceptación y certeza. Burns (1977) ha establecido una conceptualización jerárquica en la que aparecen recogidos los distintos planos del Yo:



Se observa entre el nivel nomotético o global del concepto del Yo conocido y el nivel ideográfico o individualizado. Dentro del Yo ideográfico distingue también entre el Yo como conecedor o como Yo, y el Yo como conocido o Mí, que es el Autoconcepto. Y de éste último, distingue una dimensión actitudinal -autoevaluación, autoestima, autoaceptación-, y otra estructura, la auto imagen con una dimensión estructural. Establece diferencias igualmente entre el Yo como soy y el Yo cómo me gustaría ser, así, como el cómo pienso que me ven.

Ruth C. Wylie (citado por Oñate, 1989), considera que el autoconcepto o estructura, es una configuración organizada de percepciones de uno que son admisibles para el conocimiento, y para conocerlo, es necesario analizar a) las evaluaciones hechas sobre aspectos restringidos del Yo; b) el Yo ideal y c) el concepto general de sí mismo.

Por otra parte, Deustch y Krauss en 1965 (citados por Oñate, 1989), consideran que el autoconcepto consiste en representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, biológicas, psicológicas, éticas y sociales, y que además es la organización de las cualidades (los rasgos que el individuo puede expresar por medio de adjetivos, roles que él mismo adopta del los otros, etc.) que la persona se atribuye a sí misma, es en éste complejo de elementos organizados en relaciones sistemáticas, en esa estructura consistente (estable) que posee las propiedades de una "buena gúestalt" y se compone de elementos percibidos, donde los sucesos que coinciden con la autoexpectativa son coincidentes y se buscan; y los sucesos que son contrarios a la auto expectativa no son coincidente y se evítan o minimizan.

En continuidad con lo antes dicho, el papel de la egoidentidad es muy importante, ya que representa la integración de todas las integraciones previas. Crea una nueva estructura que es en sí misma una total coherencia, el deseo unido de mí self. Tener una identidad es alcanzar un sentido de continuidad y de sí mismo. Erickson (1956) describió la difusión de la identidad como una condición peligrosa para las personas como modo de asentarse en la vida, para él, no hay una organización en el núcleo de su existencia, porque hay demasiados descentramientos. La difusión crea dificultades intrapsíquicas e interpersonales, así como una buena síntesis de identidad produce un buen estado personal y social, su noción de identidad personal es más bien como una estructura equilibrada, diseñada para sustentar a la persona en un estado general.

Similar pero diferente es la auto información o autorreferencia, ya que para Combs, Soper y Courson en 1963 en Oñate (1989), consideran que el autoconcepto es la organización de todo lo que le parece al individuo ser Yo ó Mí. Es lo que un individuo cree acerca de él, la totalidad de sus experiencias con respecto a él-ella mismo(a). La autorreferencia raramente será idéntica al autoconcepto, aunque se aproxima al autoconcepto real del sujeto. Es

esencialmente una introspección y no más. La autorreferencia dependerá al menos de los siguientes factores:

1. La claridad de la sabiduría individual.
2. El aprovechamiento de los adecuados símbolos de expresión.
3. La franqueza del individuo para cooperar
4. Las expectativas sociales.
5. El sentimiento personal adecuado del individuo.
6. Su sentimiento de libertad.

Por lo mismo, al estudiar el autoconcepto, es necesario hacerlo desde las observaciones de la conducta del individuo, es decir, sobre lo que el sujeto tiene que decir de sí mismo.

2.3.2 Dimensiones

Para McCall y Simons (1966), Stryke (1968) y Burke-Tully (1977) (citados por Oñate, 1989), el autoconcepto está formado en parte, de rol, identidades, etc.. Las identidades, son los atributos de uno mismo, en un rol y lo que otros atribuyen a uno, por lo mismo, sus características son:

1. Las identidades son productos sociales.
2. Las identidades tienen los mismos significados en situaciones particulares y se organizan jerárquicamente para producir el self. Los significados y las identidades son, en parte, los productos de las oportunidades particulares y demandas características de la situación social, y están basadas en las semejanzas y diferencias de un rol conexionado o de roles contrarios.
3. Las identidades son de carácter simbólico y reflexivo. Es a través de la interacción con otros como los significados del self son conocidos y entendidos por el individuo. Los significados del self se aprenden desde la reacción de los otros ante nuestras propias acciones; se desarrolla a través de dichas reacciones, y lleva a la persona a dar las mismas respuestas que tuvieron los otros. Las acciones, las palabras, la apariencia de uno, comienzan a ser símbolos con significado. Además, es el carácter simbólico y reflexivo de una identidad y autoconcepto, lo que integra al self como sujeto y como objeto. Es la naturaleza simbólica del self lo que queda

Las identidades ya sea padres, de amigos, de estudiante, etc., se toman en cuenta para diferenciar en ellas un gran número de dimensiones, que provienen de diversos significados del self, por la incorporación de la variedad de significados que pueden atribuirse a una identidad. Esas dimensiones se definen en términos de atributos personales o adjetivos autodescriptivos y deben incluir dimensiones de evaluación, poder, estabilidad y afecto. En éste sentido, el significado de una identidad dada es multidimensional. Así no sólo se concibe el self diferente a las identidades, sino en su variedad de significados. Esas dimensiones (p/ej

atributos personales) definen un espacio semántico sin el cual no se puede localizar las identidades.

Con ésta concepción del self, se enfatiza la noción de múltiples selfs-selves, asumiéndose que no todas las identidades tienen el mismo significado con respecto a una dimensión particular o atributo personal.

En el individuo existen actitudes funcionales hacia el self, es decir, el autoconcepto (autoidentidad) depende de la percepción subjetiva que el individuo tiene de la evaluación que realmente hacen las otras personas, la cual a su vez es una función objetiva de la identidad de los otros. Los datos son más importantes cuando los demás son percibidos como más importantes, o se encuentra implicado en un grupo, en fin, todas estas percepciones juegan un importante papel en el desarrollo del autoconcepto, así como en el potencial para el aprendizaje que el entorno proporciona. (Lafarge, et al., 1978).

Las relaciones existentes entre el campo perceptual organizado y la conducta son inmensas. Al cambiar las percepciones del self y de la realidad, la conducta cambia. Uno de los concomitantes del éxito, es que el self, tiene la capacidad de reorganización. Parece que cuando la persona llega a verse a sí misma como el agente perceptor organizador, entonces tiene lugar la reorganización de la percepción y el consecuente cambio de los patrones de reacción.

Entre la percepción de la imagen de uno mismo y la adaptación, hay una gran relación. Parecería que cuando todas las formas en que el individuo se percibe a sí mismo todas las percepciones de las cualidades, las habilidades, los impulsos y las actitudes de la persona, y todas las percepciones de sí mismo en relación con otros son aceptadas en la organización consciente del concepto del self, éste logro se acompaña de sentimientos de comodidad y libertad de tensión que se experimentan como adaptación psicológica.

De acuerdo con Lafarge (1978), la desadaptación psicológica existe al haber tensiones entre el concepto organizado del autoconcepto (consciente o accesible a la tensión consciente) y las percepciones de la experiencia, al resistirse el autoconcepto a asimilar a sí mismo cualquier percepción que sea incongruente con su organización actual. A fin de evitarlo, habría que eliminar cualquier factor que atacase al concepto del self, y ayudar al individuo a enfocar su propia percepción, permitiéndole una visión más diferenciada de éste, y finalmente, la reorganización del mismo, ya que la manera en que la persona se ve a sí misma y las percepciones que no se atreve a tomar como pertenecientes a ella, parecen tener relación muy importante con la paz interior, y ésta contribuye a la adaptación.

La persona bajo ciertas condiciones tiene una capacidad para la reestructuración y la reorganización del self, y en consecuencia, para la reorganización de la conducta, lo cual tiene profundas implicaciones sociales. Por lo mismo, el conocimiento de sí mismo, es un factor importante de la conducta del ser humano, da idea de las propias posibilidades o de las limitaciones que uno puede tener. Por lo tanto, lo que piensa o experimenta una persona no es para ella toda la realidad, es simplemente una hipótesis provisional acerca de la realidad, una hipótesis que puede o no ser cierta. Su campo perceptual será la realidad ante la cual reacciona el individuo. Las dimensiones del autoconcepto se deben ubicar como una representación organizada del self. El self debe ser visto como la totalidad física y psíquica de la persona.

Rosenberg (1979), considera que el autoconcepto está constituido por cuatro áreas.

a) Contenido (partes); b) Estructura (relaciones entre las partes); c) Dimensiones (formas de escribir las partes y el todo) y d) Extensiones del Yo (fronteras del objeto), por tanto la autoestima es como la dirección de la actitud. alta-baja.

2.3.3 Formación, evolución y variables que influyen en el Autoconcepto.

Para estudiar el autoconcepto, es necesario conocer su evolución y formación progresiva, teniendo presente la similitudes y diferencias propias en relación con otros. Se puede decir con Erikson (1976) que la personalidad se desarrolla de acuerdo con pasos predeterminados en la disposición del ser humano. Los pasos que Erikson y Allport señalan en la progresiva formación del sí mismo personal, del autoconcepto o de la propia identidad son:

El desarrollo del sentido de sí mismo

Allport (1961) distingue dos momentos: a) los 3 primeros años de la vida en que se forma el sí mismo inicial y que abarca los siguientes tres aspectos del darse cuenta de sí mismo, que son el sentido del sí mismo corporal; el sentido de una continua identidad del sí mismo y, la estimación del sí mismo. b) De los 4 a 6 años, donde profundiza con las conquistas logradas y aparecen dos nuevos aspectos del sí mismo que se añaden a los anteriores, a saber, la extensión del sí mismo y la imagen del sí mismo. Es importante considerar que los siete aspectos que de acuerdo con Allport integran el sí mismo total, cinco afloran durante los 6 primeros años de vida y en todos ellos subyace la progresiva formación de un esquema corporal diferenciado, la formación de un autoconcepto concreto, adecuado o no, integrado e integrador de los diferentes aspectos y realidades infantiles y, sobre todo, teñido positiva o negativamente según sus vivencias experimentadas.

Formación del sentimiento de Identidad

Erikson (1976) resume en ocho las grandes edades de la vida. Los rasgos de cada edad de la vida del sujeto en cuanto al sentimiento de identidad son.

- 1) Estadio-oral primer año de vida: sentimiento de confianza básica vrs. desconfianza básica. Deja en el sujeto la convicción de que "soy lo que espero tener y dar".
- 2) Estadio -anal segundo y tercer año de vida: sentimiento de autonomía, de libre albedrío o por el contrario de vergüenza y duda. Deja en el sujeto la convicción de que : "soy lo que puedo desear libremente".
- 3) Estadio-fálico-final. Tercer año a sexto de vida, iniciativa vrs. culpa: sentimiento de iniciativa, le gusta hacer y estar en el hacer, investigar. Tiene gran curiosidad.
- 4) Periodo de la latencia. Industria vrs. Inferioridad. Aprende a obtener reconocimiento mediante la producción. Deja en el sujeto método y capacidad.
- 5) Advenimiento de la Pubertad. Identidad vrs Confusión de Rol. La integración que tiene lugar bajo la integración yoica, es más que la suma de las identificaciones infantiles, es la experiencia acumulada de la capacidad del Yo, para integrar todas las identificaciones con las vicisitudes de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas en los roles sociales. El sentimiento de identidad yoica, entonces es la confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado, encuentren su equivalente en la mismidad y la continuidad interiores del significado que uno tiene para los demás, tal como se evidencia en la promesa tangible de una carrera. La mente adolescente es esencialmente de la moratoria, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez y, entre la moral aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar de adulto. Deja en el sujeto devoción y fidelidad.
- 6) Intimidad vrs. Aislamiento. El adulto joven surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, así como la entrega a filiaciones y asociaciones concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, con un desarrollo profesional y económico. La contraparte que es el distanciamiento o aislamiento surgen ante el desarrollo de una postura más crítica, autosuficiente pero generativa. Deja en el sujeto afiliación y amor.
- 7) Generatividad vrs. Estancamiento. Constituye la etapa esencial en el desarrollo psicosexual y psicosocial con el auge de la productividad y creatividad. Deja en el sujeto producción y cuidado.
- 8) Integridad del Yo vrs. Desesperación. Es la seguridad acumulada del Yo con respecto a su tendencia al orden y el significado, con una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida. Deja en el sujeto renunciamiento y sabiduría.

Por tanto el proceso de identificación, es una constante en el desarrollo del sí mismo personal, del autoconcepto, formando un entramado sobre el que se desarrolla la personalidad. Este proceso se completa con el tiempo, ya que el niño es capaz de mantener

una persistente representación de sí. De cualquier modo, el tiempo ha dominado el objeto permanente. A esta diferenciación de otro self, Lewis (1979), la ha llamado self existencial. En la adquisición de categorías del self, algunas de ellas son invariantes como es el caso de la edad y el género, mientras otras varían mucho y están en función de la cultura y del nivel de desarrollo.

En la formación del autoconcepto influyen en su formación diversas variables y que tienen gran importancia los primeros años, considerándose como fuentes que dan lugar a dicho proceso los padres, la familia, el lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos, los amigos, el interés de los padres y los conceptos que se tengan acerca de cada uno de los hijos, el rendimiento escolar, participación, expresión y comunicación familiar, permisividad y libertad de todos los miembros de la familia, actividad, forma de manifestar los afectos o no, etc., todo esto hará en términos de integración, la consistencia del self que lo hace o hará un individuo reconocible y diferente, cuya conducta se desarrollará a través del tiempo

CAPÍTULO III. EL SUICIDIO Y LA TENTATIVA SUICIDA. REVISIÓN TEORICA.

3.1 Antecedentes.

Para una mejor comprensión del suicidio y la tentativa suicida es necesario contar con una perspectiva histórica a través de una breve reseña de la forma en cómo éste fenómeno ha sido abordado en diversas sociedades y etapas históricas.

Parece ser que el suicidio se ha producido en todos los grupos y en todas las sociedades de las que aún existe testimonio documental, y que su significado preciso siempre ha intrigado al hombre.

Las razones del suicidio han reflejado las condiciones sociales particulares que prevalecían en determinada época. Son testimonios de cómo un país y una cultura en determinado momento pudo haber comprendido éstas conductas humanas.

En la antigüedad el suicidio era valorado como un resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país.

En Oriente, el suicidio era visto como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte sólo era un cambio de forma. En China, algunas formas de suicidio estaban semi institucionalizadas o toleradas, como las que se cometían por un delito o una derrota militar. En Japón, se describe el suicidio/martirio practicado por los devotos de la divinidad Amidas, que se tiraban al mar o se enterraban vivos. Posteriormente, el **seppuku** y el **hara-kiri**, han sido formas de suicidio tradicional. En la India, los partidarios de la secta de Jaina se suicidaban arrojándose a las ruedas del carro de la divinidad. Durante siglos, la viuda hindú era inmolada en la pira funeraria de su marido, y no es sino hasta 1829 que se declaró ilegal tal ceremonia.

Entre los pueblos Persa, Caldeo y Hebreo, las muertes voluntarias eran infrecuentes, aunque por crónicas se conoce de suicidios colectivos.

En África, el suicidio en la antigüedad era frecuente. En la época de Cleopatra, se creó una academia llamada **Synapothanuménes**, donde se investigaban los mejores métodos de morir sin dolor. En la sociedad islámica, se condena el suicidio en el Corán.

En Europa, los celtas escogían el suicidio para poner fin a sus vidas, ya que se glorificaba a los que se daban muerte voluntariamente, e incluso celebraban el nacimiento con lágrimas y el funeral con cantos. Los antiguos isleños de las Canarias, durante la festividad de su Dios, con cantos y bailes se precipitaban en los profundos barrancos del monte sagrado, para alcanzar la felicidad eterna.

La actitud que tenían los griegos y los romanos sobre la muerte se refleja en algunas de sus costumbres, tal es el caso de los lugares públicos que tenían como Leucade, Ceos y Marsella, destinados para consumir la muerte. La idea de suicidio como acto loable fue frecuente, incluso visto como un deber entre los militares vencidos o los políticos, para evitar un juicio o un castigo; así como en el caso de las mujeres que recurrían a el suicidio, para no sobrevivir a la muerte de una persona significativa o al deshonor.

En otro sentido, se habla de que operaban en función de una doble moral, ya que castigaban a los que se mataban para eludir el castigo dado por la comisión de un delito, privándoles de sepultura o bien, cortándole la mano derecha, la cual era enterrada en otro lugar. El código militar de los romanos, era de extrema dureza con los soldados que realizaban un acto suicida, y también contra los esclavos que lo intentaban.

Las enseñanzas filosóficas de los cínicos, estoicos, epicúreos y cirenos planteaban que la vida y la muerte eran indiferentes. Hegesias fue célebre por las descripciones elocuentes que hizo sobre las miserias de la vida y la felicidad de la muerte voluntaria, sus discursos desencadenaban suicidios en masa, por lo cual el Rey Ptolomeo le prohibió hablar en público sobre este tema.

En estos pueblos de la antigüedad, el patriotismo, la amistad, el amor, la castidad, la enfermedad física y psíquica, el honor y la gloria, fueron causas aceptadas y loadas como desencadenantes de un acto suicida.

El cristianismo aceptó, en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero esta opinión se fue modificando hasta asumir una actitud intransigente, quizá por la fascinación de la muerte voluntaria de algunos aspirantes al martirio para alcanzar antes la vida eterna -que se llevó a su extremo entre los donatistas- o por la gran autoridad de San Agustín, que negó su justificación diciendo que cualquier forma de suicidio estaba en contra de la ley natural. Posteriormente se declaró que el suicidio era inspiración demoniaca, determinándose penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo.

En la Edad Media aparecen pocos datos sobre suicidios, tal vez debido a que lo usual era la condena, la degradación del cadáver, la negativa de poder ser enterrado en tierra.

consagrada, la confiscación de los bienes y el deshonor de la familia del suicida. Hubo algunos episodios de muertes/martirio voluntarios indirectos entre los cristianos. Bayet en 1922 cita que, a mediados del siglo IX, en el sur de España, los cristianos provocaban a los musulmanes con insultos a Alá, para conseguir la muerte.

En el Renacimiento, aunque a nivel popular persistían las mismas actitudes de condena al suicidio, aparecieron observaciones de tipo filosófico que gradualmente disentan del suicidio valorado como un pecado o crimen, y argumentaban sobre determinadas circunstancias que justificaban el suicidio para mitigar el dolor y el sufrimiento. Los movimientos en defensa del suicidio, en diversos países europeos, se manifestaron a través de la filosofía, el derecho y la literatura. En Inglaterra se publicaron apologías sobre el suicidio u opiniones sobre su legitimidad. En 1644 se publicó el poema póstumo *Biathanatos*, del poeta y clérigo Donne; en 1777, el filósofo Hume publicó su ensayo *Sobre el Suicidio*, proclamando el derecho del hombre a disponer de su propia vida. En Francia, Voltaire, Montesquieu, Stäel, Montaigne y Rousseau expresaron ideas similares.

En los siglos XVIII y XIX, los actos suicidas aun se condenaban porque iban en contra del orden establecido o contra Dios. La pena era menor si estos actos eran debidos a la miseria, enfermedad o falta de trabajo. A principios del siglo XX, las posiciones fueron considerando otros aspectos, como Durkheim (1987) en su obra *El Suicidio*, indicando "el suicidio es una afección moral de la sociedad. Sus causas no hay que buscarlas en la esfera económica, en el medio físico, en la individualidad del suicida: es preciso hallarlas en el ambiente social y moral de la época".

En el siglo XIX, las principales interpretaciones sobre el suicidio fueron las que surgieron de las teorías psiquiátricas y sociológicas, a veces desde posiciones extremas. Se unieron a ellas, a principios de nuestro siglo, las teorías psicodinámicas.

La concepción patológica del suicidio apareció en la primera mitad del siglo XIX, un período muy productivo para la investigación del suicidio y en el que predominaron los trabajos de los psiquiatras de la escuela francesa. Pinel criticó la creencia de que el suicidio era una enfermedad propia de los ingleses, argumentando que este acto también era frecuente en Francia. En su clasificación de las enfermedades mentales, pone el suicidio como una conducta mórbida. Esquirol en 1838 (citado por Sarró, 1991), elabora una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica cuyo fundamento es que las ideas de suicidio eran universales y a menudo normales. Briere de Boismont en 1856, en un estudio con suicidios consumados, indicó que era la manifestación de la desesperación y que el sufrimiento era de carácter universal así como también los problemas sociales de la época formaban parte de la etiología suicida.

En ésta época, se investigaron las anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse y se buscó en las autopsias de los suicidas las lesiones que podían conducir o condicionar al suicidio. La escuela frenológica buscaba la causa en localizaciones cerebrales.

Los fundamentos de la teoría sociológica del suicidio parten de Morselli en 1879 y, Durkheim que en el año 1897 publicó el libro -El Suicidio-, se ha establecido como modelo de las investigaciones sociológicas del suicidio. Con base en su argumento, los suicidios que aparentemente eran una conducta individual y con implicaciones psicológicas, eran en realidad un fenómeno social resultado de la fuerza o debilidad de la sociedad sobre el individuo. Describió cuatro tipos básicos de suicidio: el anómico y el egoísta, provocados por defecto de la integración social; el altruista y el fatalista, desencadenados por exceso de integración social. El anómico, se produce cuando existe la presencia de un trastorno o cambio que rompe el equilibrio entre la sociedad y la persona, dejándola sin normas ni alternativas que le sirvan de modelo. En el suicidio egoísta, considerada por Durkheim como la máxima causa del mismo, la persona carece de vínculos sociales y padece de soledad y aislamiento. En el suicidio altruista la sociedad dicta su acción suicida por excesiva integración al grupo social y en el fatalista, el suicidio se da como la solución a un estado de control insostenible. En la actualidad aún prevalecen los dos primeros criterios, mientras que los dos últimos, han variado con el paso del tiempo y sobre todo por los cambios sociales producidos.

Durkheim, en el curso de sus investigaciones, indicó que no había un suicidio, sino suicidios, pues aunque el acto siempre era el de una persona que elige la muerte voluntaria, sus causas desencadenantes eran distintas e incluso opuestas entre sí.

En el año 1910, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena (Friedman, 1967, citado por Sarró, 1991) se discutió el suicidio en los estudiantes. La visión del suicidio como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada, fue expuesta por Stekel quien argumenta que nadie se mata a sí mismo que no desee matar al otro o al menos, desee la muerte del otro. Es cuando se comentó la importancia de la falta de amor como causa del suicidio. Adler (1972) observó que el suicidio puede significar un acto de reproche o venganza velada hacia los padres.

Freud (citado por Menninger, 1972) incluye alguna referencia sobre el suicidio en sus historias clínicas y, en Psicopatología de la vida cotidiana en 1898 en el apartado de "Olvido de nombres propios", describió una experiencia personal frente al suicidio de un paciente. Es a partir de Duelo y Melancolía (Freud, 1992) y Más allá del principio del placer (Freud, 1992), cuando interpreta la relación del suicidio, la depresión y la agresión introyectada. Para Freud, el suicidio era una actuación penosa, producto de la civilización, era la consecuencia de las tendencias autodestructivas que podían estar presentes, en cierto grado, en cada persona, convirtiéndola en un ser vulnerable al suicidio. Freud interpretó el suicidio

como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinamia intervenían, sobre todo la agresión, y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla. La base del suicidio radicaba en un instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno, podía expresarse con el suicidio. Sus reflexiones con base en Sarró, et al.(1991) sobre el tema de la muerte, están marcadas por la guerra de 1914-1918 y las abordó en "Consideraciones sobre la guerra y la muerte"(1992), donde interpretó que la propia muerte es, seguramente, inimaginable, y que "nuestro inconsciente no da la muerte, sólo se limita a pensarla y a deseirla"

Menninger recogió, en 1938, el concepto psicodinámico de la agresión y el suicidio en su libro *El Hombre contra sí mismo* (1972). Clasificó los componentes agresivos del suicidio en el "deseo de matar", "el deseo de ser matado y "el deseo de morir". Este psicoanalista norteamericano fue uno de los primeros investigadores en señalar que el suicidio no parecía ser lo suficientemente importante como fenómeno a estudiar, a pesar de que su gravedad y prevalencia parecían justificarlo. Se interesó por las actitudes negadoras sobre la realidad del riesgo suicida de una persona, por parte de familiares y amigos que desatienden los avisos del suicida o las advertencias de los médicos. Describió las tendencias autodestructivas que pueden encontrarse en una serie de actos que no son en general suicidas, pues los componentes agresivos pueden conducir a una destrucción crónica y gradual. Como formas de suicidio crónico describió el alcoholismo, la conducta antisocial, la invalidez crónica y neurótica, el ascetismo, el martirio y las psicosis. Como suicidio localizado señaló las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes intencionados, la impotencia y la frigidez, y la policirugía

En el ambiente psiquiátrico, Ringel (1973), describió el síndrome presuicida, cuyo proceso inicia en la infancia y se caracteriza por un aislamiento y estrechamiento situacional, por una inhibición de la agresividad, que al no poder descargarse en los demás se vuelve contra sí mismo como huida de la realidad, por deseos de muerte y fantasías de suicidio.

Deshaies (citado por Sarró, 1991) criticó la visión de la psiquiatría clásica, la cual clasificaba al suicidio como síntoma patológico. Indicó que los patologistas del siglo XIX y principios del XX, habían creado un razonamiento lógico del suicidio como acto de locura bajo la forma de un silogismo falso: si las personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales.

Actualmente se incluyen otros componentes no agresivos en el suicidio, como la ansiedad, la culpa, la dependencia, la desesperanza, la indefensión, el abandono, etc., que representan importantes aspectos psicológicos en la mayoría de los actos de suicidio. La fascinación o temor que provocan los actos suicidas pueden ser similares a los producidos por el sexo, la locura, la violencia, etc. La valoración del suicidio o la tentativa suicida a lo largo de la historia por tanto, ha sido variada, dependiendo como ya se ha expuesto de aspectos culturales que van desde las tradiciones, las creencias religiosas y en otros casos, por cuestiones políticas, sociales, médicas, psicológicas, familiares, de índole económica, etc., lo cual nos da una perspectiva muy diversa en su abordamiento.

3.2. El suicidio e intento suicida desde el punto de vista psicoanalítico. Sigmund Freud.

El enfoque que se da al suicidio desde la perspectiva psicoanalítica, nos remite al encuentro con las Teorías originales de Freud, especialmente lo relacionado con la Teoría del Instinto o de la Pulsión, y muy particularmente lo relacionado con la pulsión de muerte.

Freud (1992) propone en esa época que las fuerzas instintivas daban fuerza a la mente y la impulsaban a la actividad. Para él, un impulso es un constituyente psíquico determinado genéticamente, que cuando opera, produce un estado de excitación o tensión psíquica, mismo que impele al individuo a una actividad o comportamiento (determinado genéticamente), pero que puede ser alterado por la experiencia personal. Freud (1992) supuso la presencia de una energía psíquica como parte de los impulsos o en cierta forma derivada de ellos. De ésta manera, el impulso y su energía se consideran como fenómenos puramente intrapsíquicos, los cuales explican algunos hechos observados del funcionamiento psíquico. Igualmente, aparece el término catéxis, el cual indica la cantidad de energía psíquica dirigida hacia o ligada a la representación mental de una persona o cosa; entre mayor es la catéxis, más importante es el objeto. Los estímulos internos y externos, a su vez, pueden despertar impulsos que impelen al individuo a actuar. El resultado de ésta actividad será la supresión de la excitación o de la tensión, o bien la gratificación. En términos de actividad motora que se da como resultado del estado de excitación, es mediada en el hombre, por la mente, conocida en términos psicoanalíticos como el Yo. El Yo modifica los impulsos instintivos mediante la experiencia y la reflexión, por lo mismo, las experiencias individuales sirven para modificar los impulsos.

Para Freud (1992), había dos clases de impulsos a uno le llamó Instinto de Vida o Eros, o impulso sexual y, al otro lo designó como Instinto de Muerte o Thanatos, o impulso agresivo y destructivo. El primer impulso describe el componente erótico de las actividades mentales, y el segundo, despierta los componentes agresivos y destructivos, donde ninguno es excluyente o independiente del otro, ya que se encuentran fusionados en cantidades variables. Ha de aclararse que el impulso agresivo no sólo se manifiesta en el tipo de comportamiento que ordinariamente calificamos como agresivo, y que el impulso agresivo ya no es sinónimo de lo que entendemos habitualmente por agresión, como tampoco el impulso sexual debe confundirse con el deseo sexual. De ésta manera, queda claro que el impulso sexual y el impulso agresivo se manifiestan durante el periodo de desarrollo, por fijación a las zonas oral, anal y fálica y que la fusión de estos impulsos aparece en la resolución del Complejo de Edipo y en la formación del SuperYo. Idealmente la fusión de los impulsos eróticos con los impulsos agresivos los libera de su cualidad destructiva, permitiendo la sublimación de estos últimos, de manera que el individuo será capaz de hacer una contribución productiva positiva al proceso de su vida. En el desarrollo del niño para dominar sus tendencias edípicas, la agresividad resulta incompatible con otras necesidades, y el SuperYo parece mediar tendencias conflictivas, proporcionando al individuo un elemento mental más alto que lo protege de la expresión abierta de su agresión. En algún momento del desarrollo infantil, el niño se da cuenta de que las ideas fantasías y deseos del impulso

agresivo son peligrosos y/o incompatibles con sus otras metas. Surge la ansiedad, y se producen sentimientos de culpa para ayudar a dispersar de la consciencia los deseos intolerables. De esta manera, se desarrollan los mecanismos de defensa, y el individuo los usa tanto para aportar de sí como para transformar lo que el Yo ha aprendido a reconocer como deseos instintivos peligrosos.

No hay ninguna razón para que la misma represión que ocurre en relación a los instintos sexuales no se presente también para los impulsos agresivos, a medida que se desarrollan mecanismos similares de defensa, tales como la formación reactiva, la proyección y la sublimación. El desplazamiento proyectivo de la agresión puede ser el responsable de mucha de la tirantez, suspicacia e intolerancia que se observan en y entre los individuos. También puede dirigirse hacia adentro, proceso que puede verse en la esfera orgánica en el desarrollo de las enfermedades somáticas, o en la esfera mental en la falta de dominio de sí mismo, en la excesiva severidad del SuperYó, en los estados depresivos y en las tendencias autodestructivas o suicidas.

Para el estudio del comportamiento suicida, lo anterior se aprecia clínicamente en el ataque contra el propio ser del melancólico, estado que representa una verdadera explosión agresiva dirigida contra el ser. En la melancolía, la realidad del mundo objetivo disminuye debido a la agresión ocurrida. Freud (1992), elaborado en 1915 y publicado en 1917, describió a la melancolía como un proceso en el que el Yo se identifica con un objeto de amor incorporado (como en la situación del niño lactante) y este objeto se pierde ya sea real o imaginariamente. Mientras que en la persona "normal", después de un periodo de luto, sobreviene la catexis hacia otros objetos y continúa el proceso de identificación, en el estado melancólico el proceso adquiere un carácter regresivamente incorporativo en el que la agresión se presenta como medio de posesión-destrucción. El melancólico suele ver la situación como un acontecimiento subjetivo, puede inclusive, pensar en destruir a otros, pero la base de esto radica en la desavenencia y confusión que, para el melancólico, en ese momento reina entre el sujeto y el objeto.

Al detallar el carácter del Instinto de Muerte, Freud (1992) razonó a partir de su suposición de que la materia orgánica había crecido de la materia inorgánica, y que la vida había sido dada a la materia inanimada bajo alguna influencia cósmica desconocida. La tendencia de la materia animada es regresar a la materia inanimada, un proceso regresivo que él pensaba que era similar al proceso de morir y el último estado de la muerte. Freud (1992), dijo que el instinto de muerte, similarmente, es en esencia conservador y no busca nuevas experiencias sino que, más bien, trata de encontrar un estado de completo reposo; en esto contrasta con el Instinto de Vida, que trastorna este reposo y constantemente busca nuevas experiencias. Este planteamiento coincide con el principio freudiano de homeostásis del Yo, el cual supone, que cuando el organismo es invadido por un estímulo excesivo, el Yo reacciona con un esfuerzo por reducir este estímulo a un nivel constante. Por lo tanto, hay situaciones en las que todo estímulo exterior es doloroso, y el individuo se protege de él en forma

destructora. Esta tendencia del Yo a defenderse del estímulo persiste a través de la vida, disminuyendo con el paso de los años, pero aumentando de nuevo cuando la vida declina. El Instinto de Muerte, por lo tanto busca el pasado, es adverso a nuevas experiencias, es esencialmente conservador y está dominado por la compulsión a la repetición. Como tal, tiende hacia el eterno descanso; una tendencia que puede encontrar su expresión en el suicidio. En el apogeo, la expresión culminante del intento de suicidio, es mantener el status quo. Existe cierta similitud entre la compulsión de repetición usada para describir padecimientos psicológicos y la ley de inercia que, al describir la materia inanimada bajo condiciones físicas, expresa la tendencia de la materia inorgánica de permanecer en cierto estado estable o de volver a dicho estado. Freud (1992) en 1917 hizo la analogía de que una vez que se ha encontrado un patrón de comportamiento, apropiado para la satisfacción de necesidades subjetivas, se repite hasta que se vuelve automático; se repite porque sigue la línea de menor resistencia y porque requiere menos desgaste de energía.

La evolución hacia un modelo de sistema teórico más abierto ocurrió después de 1920 con la publicación de El Ego y el Id en 1923 e Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad en 1927 en los que se concede al Yo un papel más prominente en el funcionamiento de la personalidad. Esto permitió que el concepto de la ansiedad surgiera como un disparador o mecanismo de señales de vital importancia para el funcionamiento del Yo, ya que su desarrollo y funcionamiento, son de vital importancia en el conflicto, relación e integración de las fuerzas opuestas de los impulsos de vida y muerte.

3.2.1 El suicidio e intento suicida desde la perspectiva teórica de la orientación psicoanalítica.

Fundamentalmente, las bases del suicidio radican en el hecho mismo de un instinto o pulsión de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio. Menninger (1972) por ejemplo ha descrito tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida, a saber: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir con la explicación siguiente. El instinto destructivo, comienza en apariencia como una agresividad externa y dirigida, acompañada por la cólera, casi como en el instante de nacer. La perturbación del confort prenatal del niño mediante el acto violento del nacimiento es la primera de esas frustraciones. Las reacciones del niño ante la proximidad de un rival y la amenaza de privación de satisfacciones tales como la lactancia, por ejemplo, son amenazas vigorosamente defendidas por el ataque que provocan prontamente los impulsos agresivos. El resultado neto es el deseo de eliminar la fuente de la amenazadora privación, el objeto del miedo. Tales deseos representan en el lenguaje positivo del adulto civilizado pura y simplemente el deseo de matar, -no en sus aspectos sádicos y placenteros- sino en sus primitivo propósito de autodefensa. Si los impulsos destructivos, el deseo de matar, tanto dirigido hacia afuera o contra uno mismo, llegan a ser suficientemente neutralizados como para desaparecer tras la presencia de sentimientos positivos constructivos, el resultado ya no será destructivo o criminal sino más bien constructivo y creador, la formación de la vida,

más bien que la supresión de la misma. Por otra parte, el deseo de ser matado, es la modalidad extrema de sometimiento, al igual que matar es la forma extrema de agresividad. A veces esta pasiva búsqueda de un sistema de cometer el suicidio sin aceptar la responsabilidad del acto alcanza extremos absurdos. La explicación del deseo de sufrir y someterse al dolor ya hasta la muerte ha de hallarse en la naturaleza de la consciencia.

Donde la consciencia es una representación interna y psicológica de la autoridad, original y principalmente, la autoridad familiar, pero que se funde en etapas progresivas de la vida con los rituales prevalentes de ética, religión y sociabilidad. Se forma ampliamente en la infancia y adolescencia y rara vez se mantiene a nivel con los cambios en el ambiente circundante. Es bien sabido que la consciencia nos impulsa a la realización de actividades y en otras, a evitarlas, siendo a veces una buena guía pero en otras ocasiones no lo es. Así como lo que no es muy conocido de la consciencia, es su parte inconsciente. Siendo en este caso el por qué acepta ese deseo de muerte. Analizando la actividad del Yo se explica esta incógnita. El Yo debe sufrir en proporción directa a su destructividad; tiene la difícil tarea de intentar ajustar las demandas instintivas de la personalidad no solamente a las posibilidades toleradas por el mundo externo sino a los dictados de esta consciencia. En esta tarea de ajustar las demandas del instinto, las demandas de la consciencia y las demandas de la realidad, el Yo halla que algunas realidades son invencibles, es decir, que desear cambiarlas es imposible, los instintos asimismo, son irresistibles, o al menos lo son prácticamente. Algunas veces, no obstante, las demandas de la consciencia son tan grandes y tan inexorables que no hay modo de aplazarlas. El relativo poder de la consciencia, varía mucho en diferentes individuos y en el mismo individuo en diferentes circunstancias. Por otra parte, está el hecho o ley sobre la consciencia, según Menninger (1972), en la cual puede surgir un sentido de culpabilidad sin que se cometa la verdadera agresión; en el inconsciente, un deseo de destruir es equivalente al acto de morir con respecto de someter al Yo a castigo. Así quien alberga deseos criminales también experimenta, por lo menos inconscientemente, una necesidad de castigo de cualquier clase. Freud (1992), en 1933 afirmó que muchos suicidios son asesinatos encubiertos, no solamente a causa de la introyección, sino debido a que solamente el asesinato, justifica en el inconsciente la pena de muerte, aun cuando crimen y castigo se realicen contra el propio Yo. Este deseo de matar es habitualmente inconsciente, el cual pudo haber sido consciente alguna vez y haber sido reprimido o encubierto bajo una consciente actitud de amor, protección y obediencia (como mecanismo de defensa)

En cuanto al deseo de morir, la perspectiva de muerte es en realidad menor que antes del intento, ya que para estas personas el intento de suicidio es algunas veces una especie de insinceridad histriónica y que su capacidad para afrontar las realidades está tan escasamente desarrollada que actúan como si creyesen que pueden verdaderamente matarse y no morir. El concepto de una vida futura que es tan real para mucha gente se basa probablemente en esa identificación de muerte y "salir fuera", señalado también por Freud (citado por Menninger, 1972) como es el gozo manifestado por los niños de jugar al escondite, es decir desaparecer momentáneamente a la vista de otros, como estar y no estar, como vivir y morir al mismo tiempo. En ocasiones este impulso de desafiar la muerte se convierte en un

sobresaliente rasgo de carácter. La complacencia narcisista derivada de los propios poderes de realizar un hecho notable desempeña indudablemente un papel, en el que hay un impulso de jugar a la muerte, de exponer la vida a graves riesgos, algo como un anticipado placer a la definitiva recompensa del instinto de muerte. El fenómeno designado por Freud como acatamiento somático según Menninger (1972), podemos considerarlo como una especie de aceptación biológica de las tendencias instintivas siendo modificadas o dirigidas por la psique. Es probable que la fuerza disponible de los instintos de muerte determina esta aceptación biológica de las oportunidades extrínsecas para la propia destrucción.

La teoría del suicidio de Menninger (1972) es de que el deseo de matar, inesperadamente tomado de ciertas ocasiones externas u objetos de inconsciente complacencia, puede ser vuelto contra la persona del deseador y llevado a efecto como suicidio. Esta teoría correspondería a los hechos de si a) puede ser demostrado que realmente hay un reflejo de las tendencias destructivas sobre el propio individuo de tal modo que el Yo es tratado como si fuera un objeto externo; si b) personas propensas al suicidio demuestran tras examen ser altamente ambivalentes en sus vinculaciones, es decir, encubriendo, con sus positivas vinculaciones conscientes, amplias y escasamente dominadas cantidades de hostilidad inconsciente (deseo de matar); y si c) tales casos individuales de suicidio son verdaderamente precipitados por ocasiones de súbitas interrupciones en las vinculaciones al objeto. Así pues, el deseo de matar se origina en un primitivo espíritu de destrucción, investido con una débil neutralización en uno o varios objetos cuya súbita desaparición, al desalojar la vinculación, divide los elementos del lazo emocional y permite al impulso homicida, ahora libre, consumarse sobre la persona en que se origina, a modo de objeto sustituto, realizando así un asesinato desplazado

La teoría conjunta del instinto de muerte, es para Menninger (1972) únicamente una hipótesis en relación al hecho del suicidio o el intento de muerte.

Desde esta perspectiva psicoanalítica, se encuentra Hendin, el cual excluye la postulación de un impulso destructivo como una fuerza motivadora separada. Su enfoque se apega a las modificaciones de las primeras doctrinas freudianas del instinto hacia una psicología del ego o adaptativa. Considera que la contribución básica de Freud acerca del suicidio y la depresión fue el concepto de la ira retroyectada, provista la depresión como una adaptación de dependencia, y la ira dirigida contra sí mismo como una reacción a la dependencia frustrada. Sin embargo, la depresión no es un requisito sine quanon del suicidio, y la psicodinamia de la depresión no es un simple equivalente de la psicodinamia del suicidio. De la dependencia, ya sea que exista o no depresión, y la actitud hacia el rechazo y el abandono, son importantes para entender el suicidio como los modos de agresión. Para él son importantes las actitudes y las fantasías en relación con la muerte y el acto de morir, así como el que se considere a la muerte como un castigo y el suicidio como una expiación o bien como un abandono en represalia a alguien.

La teoría de Adler (1972), expone que el individuo debe verse como parte de su contexto social y como un todo único que lucha por un éxito. Es importante valorar las características de adaptación, el contexto cultural y los factores exógenos. Aborda el tema del suicidio a través de observaciones generales relacionando conceptos. El estilo de vida es indudablemente importante para este autor en las tendencias suicidas, ya que considera que la experiencia temprana juega un papel determinante ya que si ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas, siempre tratará de descansar en otros, lo cual lo lleva a ser caprichoso. Espera y exige que los demás cumplan sus deseos. Tiene una pseudoconsciencia de su valor para con los demás, así como un claro deseo de aprobación constante. Manifiesta sentimientos de inferioridad y sus metas son egocéntricas. Desde esta perspectiva, el suicidio es considerado una forma velada de agresión o como un acto de reproche o venganza, contra las personas a quienes impone pena y cuidado. En el suicidio, como en la depresión, el estilo de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás o crear simpatías, encontrándose las auto acusaciones y súplicas de perdón como en las notas escritas por los mismos.

Para Harry Stack Sullivan (1989) los patrones de interacción que ocurren entre personas particulares dentro de un medio ambiente particular, la capacidad humana de relacionarse aparece como la parte central del carácter y la personalidad. El individuo se desarrolla a partir de la experiencia organizada de apreciaciones reflejadas por las otras personas significativas en su vida, con personificaciones como la elaboración simbólica de la experiencia organizada que conducen a las anticipaciones de clases particulares de acontecimientos interpersonales. Las personificaciones ocurren a lo largo de la vida, de manera que los conflictos no resueltos que se presentan en épocas diferentes, pueden en las personas predispuestas precipitar un trastorno mental que algunas veces se manifiesta por intentos suicidas. El suicidio, como actividad destructora, pertenece a la categoría de tipos odiosos y hostiles de integración con otras personas, así como la angustia y las envidias. La angustia es el resultado de personificaciones inadecuadas y puede producir sistemas de antiangustia que interfieren realmente con el crecimiento. La envidia se presenta cuando la persona no puede captar el sentido de su propio valor.

Karen Horney (1937) plantea que la neurosis se ve como una falla del crecimiento social, así como del crecimiento individual, mientras que el suicidio es un tipo de fracaso del desarrollo del Yo. El hombre no nace con tendencias innatas destructivas. Básicamente, si el niño se cría en un ambiente abundante y libre de angustia, su desarrollo y crecimiento serán espontáneos. Sin embargo, la cultura, la religión, la política y otras fuerzas similares pueden cooperar con los padres o las figuras paternas para producir formas distorsionadas de autodesarrollo. El proceso de desarrollo neurótico incluye el despertar de la angustia básica, una condición en la que el niño, cuando trata de crear algo sólido para sí en su mundo, aprende a orientarse hacia el exterior; un estado de extracentrismo. A medida que el niño se esfuerza por vencer su angustia básica, lo logra en ciertos niveles y puede desarrollar sentimientos de superioridad, pero aparecen nuevas fuentes de angustia en las demandas

contradictorias que se le hacen. Se desarrolla entonces un Yo idealizado, que abarca sus propias esperanzas y las que cree que de él tienen los demás.

La alienación del Yo ocurre como resultado de la disparidad entre el desarrollo del verdadero Yo y el desarrollo del Yo idealizado. Los factores para Horney (1950) que son fundamentales en el suicidio son cuatro: a) desesperación, b) sufrimiento; c) alienación, y d) búsqueda de la gloria. Un impulso súbito de odio hacia sí mismo, en un marco de alienación grave, puede iniciar el comportamiento suicida. Hazañas de valor y heroísmo, realizadas como parte de la búsqueda de la gloria, pueden ser pasos autodestructivos en cuanto reflejan la incapacidad del Yo idealizado de aceptar su inmortalidad. Una forma lenta de suicidio ocurre cuando el Yo idealizado reviste al verdadero Yo de fealdad, degradando al individuo, como sucede con los mendigos y los alcohólicos. Otra forma de autodestrucción ocurre cuando la persona de manera silenciosa pero activa colabora a su propio deterioro moral.

Esto también se basa en la alienación, ya que la persona se opone únicamente a la integridad que considera una forma de debilidad. Otros factores importantes en el suicidio son las costumbres, los valores de la vida y los conceptos sobre la vida y la muerte. Una persona que sufre sin esperanza puede dar pasos hacia el suicidio, en cuyo caso esto se convierte en un medio de preservar su Yo, que puede estar desintegrado debido al sufrimiento ininterrumpido. Hay tres formas principales de orientación exterior hacia la vida de forma más o menos general, a saber: a) despótica y autoritaria, b) abnegada y c) resignada; pero en el suicidio ocurre de diferente forma la orientación exterior: a) las personas despóticas y autoritarias dan el paso activo hacia el suicidio, b) las personas abnegadas mueren debido a la negligencia de su Yo, mientras buscan en los demás la confirmación de su propia estima, y c) las personas resignadas mueren por inacción o por defecto. El suicidio activo es frecuente en culturas donde la lucha por el poder es importante.

3.2.2 El suicidio e intento suicida desde la perspectiva Teórica de la Concepción Personal.

El análisis que Farberow (1969) realiza del suicidio permite considerar la perspectiva de la teoría de la Concepción Personal acerca del tema, la cual supone que imponemos la singularidad de nuestra manera de pensar sobre los acontecimientos de la vida, los cuales pueden en realidad concebirse de muchas maneras diferentes. Cada persona da validez a su realidad en términos de su propia concepción personal.

La teoría descarta palabras bien conocidas como aprendizaje, motivación, sentimiento, emoción, necesidades y estímulos, y da definición a otras. Su fundamento teórico acerca del suicidio parte de la pregunta ¿Qué es lo que la persona está tratando de comprobar mediante su acción?. La elección de la muerte, por una persona en particular, como una solución a sus problemas, debe ser observada desde el punto de vista de sus concepciones.

Dos condiciones bajo las cuales el suicidio parece razonable son: el realismo, cuando el curso de los acontecimientos parece tan obvio que no tiene objeto esperar el desenlace; y la incertidumbre, cuando todo parece tan impredecible que la persona prefiere abandonar la escena.

Algunos términos importantes para entender el suicidio desde esta perspectiva son:

a) el postulado básico y el corolario elegido, o sea, la canalización psicológica de los procesos de una persona por medio de los cuales anticipa los acontecimientos, con la tendencia a escoger alternativas que parecen proporcionar más validez a su sistema de concepción personal; b) dilatación vs. constricción, como cuando una persona abarca más y más cosas, o se restringe a menos y menos cosas, con la esperanza de encontrar mayor sentido a los acontecimientos, c) la angustia, el sentido de caos con sentimientos de impotencia; d) la amenaza, el resultado de encontrarse a sí mismo al borde de un cambio profundamente significativo del ser; e) la hostilidad, es decir, la extorsión de pruebas confirmatorias para la validación de las concepciones personales individuales a fin de preservar el status quo, y f) la culpa, sentimiento que queda en la persona cuando sus percepciones de las demandas que le hacen los demás son invalidadas y siente que no tiene ningún papel que desempeñar, y de esa manera, se ve cortado de todos los medios de confirmación interpersonal.

3.3 El adolescente y los actos suicidas.

Estadística e Investigaciones.

A partir de la segunda mitad del siglo, se observa un incremento en la mortalidad por suicidio en los jóvenes de 15 a 24 años, sobre todo en los varones. También, en el mismo período, la tentativa de suicidio es un acto más frecuente entre los adolescente y jóvenes adultos, siendo la incidencia más alta en mujeres.

La prevalencia de la ideación suicida según la edad, el sexo y el nivel de estudios en la población norteamericana de 15-24 años, oscila del 35 al 65%, y la tentativa de suicidio entre un 11 a un 18%, según la revisión de Garrison en 1989 (citado por Sarró, 1991). Para este grupo de edad, el suicidio es la tercera causa de muerte, después de los accidentes de circulación y los homicidios, seguido por el cáncer y enfermedades cardíacas. La tasa de suicidio de los varones en 1960 era 8.6 en edades de 15 a 24 años, en 1983 la tasa aumentó a 20.6. En mujeres en esos mismos años era de 2.3 y aumentó a 4.7.

Según los estudios de Choquet y Menke en 1989 (citados por Sarró, 1991), aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes franceses tiene ideas de suicidio, y 7% presenta frecuentes ideas sobre la muerte y el suicidio. En 1983, entre jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años, el suicidio consumado representó el 10% de la mortalidad global y la segunda causa de muerte, después de los accidentes de circulación, estos datos varían de acuerdo a las diferentes regiones francesas.

En Suiza, en 1980, la tasa para varones era de 34.2 y la de mujeres era de 12.3/100,000 habitantes.

En 1983 en España, las tasa de suicidio eran de 3 para los varones y de 1.2 para las mujeres de 15 a 19 años, y para el grupo de 20 a 24 años aumentaban a 7.8 en los varones y a 1.6 en las mujeres por 100,000 habitantes

En México, el Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas Sociales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (I.N.E.G.I.) de 1994, registró que en 1993 el número de intentos suicidas fue tres veces mayor que el que se presentó en 1980, dando una tasa de crecimiento del 8.6 %. En cambio, los intentos suicidas captados en 1988

fueron cinco veces más que los que se presentaron en 1980, con un crecimiento promedio del 21.7%.

Entre la población que intenta el suicidio, el número de quienes lo logran, es mayor al de quienes ven frustrado su intento. En 1992 el 53% de los intentos, correspondieron a personas entre los 15 y los 39 años de edad.

De cada 100 intentos registrados en 1993, 95 lo lograron. Esta relación cambia si se analiza el sexo de la población suicida, observándose que de cada 100 hombres que intentan el suicidio 97 lo logran y por cada 100 mujeres sólo 84 lo consuman.

En el año de 1995 el análisis estadístico presentado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (I.N.E.G.I.), en el rubro de las principales causas de muerte general en México, el suicidio y las lesiones autoinflingidas, ocupan el lugar 19, donde las principales causas de muerte son enfermedades del corazón, tumores malignos y accidentes de circulación. Esto cambia si se observa la edad poblacional, por ejemplo en edad escolar, ocupa el lugar 15, y en edad productiva ocupa el lugar número 11. Ahora bien, si se analiza por entidad federativa, la mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas, el primer lugar lo ocupa Tabasco, el segundo Baja California Sur, y el tercero, Chihuahua (1/tasa por 100,000 habitantes, con base en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población, CONAPO). Los suicidios y lesiones autoinflingidas son en primer lugar, por ingestión de sustancias sólidas o líquidas, seguidas por ahorcamiento, estrangulación y sofocación y en tercer lugar por el uso de armas de fuego y explosivos.

En el contexto poblacional del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro cuya revisión se realizó considerando seis años a la fecha, se encontró lo siguiente:

AÑO	TOTAL DE SUJETOS	S E X O	
		FEMENINO	MASCULINO
1991	23	22	1
1992	32	28	4
1993	26	26	0
1994	34	29	5
1995	67	55	12
1996	48	44	4

Lo cual representó de la población que asiste a consulta externa en 1993, el 1.3%; en 1994, el 1.7% y en 1995 el 3.09%, en relación a la población total que acude a servicio.

La importancia de lo antes mencionado estriba, en que el Hospital es un área de concentración para el apoyo y manejo de personas que presentan intento suicida a nivel

nacional y nos permite observar el crecimiento poblacional que demuestran la importancia de estos actos en un sentido individual y social a la vez, no sin dejar de considerar aquellos que por razones familiares o de índole burocrático no se integra a un abordaje hospitalario y terapéutico

Los Intentos suicidas así como el suicidio consumado no pueden reducirse, entre los adolescentes, sólo a ciertos factores, resultaría comprometedor establecer qué factores precipitan la toma de decisiones suicidas en el adolescente, es un problema multifactorial en el cual tienen que ver diversos aspectos de la historia personal del sujeto en un sentido familiar, económico, social, en su relación con otros y consigo mismo(a) y algo muy importante la forma en cómo se percibe a sí mismo(a) y la idea que cree que otros tienen de él o ella.

La información obtenida en países como Estados Unidos, Japón o Inglaterra suministrada por los padres y profesores, al respecto, es muy escasa, de hecho, son ellos los que se cuestionan acerca de cuál será la razón por la que el adolescente ha intentado suicidarse, ignorando por completo una larga historia de acontecimientos y vicisitudes que erróneamente consideran irrelevantes respecto a lo sucedido.

Los adolescentes por su parte suministran información mas acertada y útil, aunque sesgada por el hecho anecdótico que les impulsó a realizar el acto suicida y dejan de lado en sí lo que su historia personal les reporta. En este sentido poco se ha explorado la autopercepción de los adolescentes con intento suicida.

Los estudios realizados por Dean (1966) en la familia de sujetos con intento suicida, simultáneos a los de Seeman y Rotter (1966) aportaron importantes resultados en cuanto al síndrome familiar anómico, el cual encontró la inexistencia de normas familiares y la ausencia de autoridad. Por otra parte, Davidson y cols.(1981) llegó a resultados relacionados con la separación de los padres, la ausencia psicológica del padre, indiferencia parental, hostilidad y ambivalencia en la autoridad. Teicher(1970) encontró como antecedente importante que en el 20% de los casos, uno de los padres había intentado suicidarse y este porcentaje aumentó a 40% si se consideraban a los padres de los familiares y a los amigos Encontró también, que en el 10.42% de los casos, había experimentado numerosos cambios en el ambiente familiar por ejemplo nuevo casamiento de uno de los progenitores, muerte de uno de los familiares, familiares hospitalizados, cambios de escuela, abandono del hogar, entre otros. Adams y cols (1982) trabajaron con los datos de ésta última investigación con otra población, centrándose en el estudio de las cogniciones y de las conductas suicidas. Encontraron que el 47% de los sujetos que habían experimentado una pérdida parental tenían ideas suicidas, frente a sólo el 15% de los que procedían de hogares intactos y los pensamientos suicidas fueron significativamente mas relevantes en las mujeres que en los hombres Entre los adolescentes de padres divorciados, se encontró una mayor incidencia de

pensamiento suicida, cuando la pérdida correspondía al padre en lugar de la madre. Sólo el 8% gozaban de estabilidad familiar.

En cuanto a las dificultades escolares y académicas también ha sido ampliamente estudiado por Finch y cols.(1971) y Otto (1972), los cuales encontraron que ni la escuela o la Universidad son responsables directos, sino las relaciones inadecuadas entre maestros y alumnos y las exigencias en casa a niveles restrictivos los que llevan a los alumnos a la toma de decisiones inadecuadas en cuanto a su vida. Davidson y cols (1978) encontraron relación con las conductas suicidas, las excesivas exigencias académicas asociadas a dificultades en la conducta sexual, ya que uno de cada seis, en independencia de sexo, tenía problemas de tipo sexual, consistente en impotencia, frigidez, angustia, homosexualidad, así como embarazos no deseados, entre otros.

Por otra parte, McArney (1979) y Barter y cols.(1988) coincidieron en que el aislamiento social contribuye de manera importante en el suicidio o su intento.

La falta de experiencia, el déficit en habilidades sociales y la tendencia al aislamiento, tan frecuentes en los adolescentes, contribuyen a hacerles más vulnerables frente a éste evento (Tuckman y cols 1972)

Actualmente los estudios han girado alrededor de investigaciones que abordan desde el autoconcepto, la baja autoestima y la tendencia suicida entre adolescentes, encontrándose que hay una relación entre la baja autoestima con un alto nivel de depresión e ideación suicida, como lo realizado por Overholser, James y Adams (1995).

Otro estudio llevado a cabo por Wilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters en 1993 titulado "La especificidad de las características psicológicas de adolescentes con intento suicida", muestra que a través de tres grupos de adolescentes, uno con depresión, otro con intento suicida y otro normal, utilizando entrevista semiestructurada y un cuestionario que medía autoestima, personalidad, desarrollo familiar, locus de control y ansiedad, se encontraron varias características, a saber: Baja autoestima, una actitud o ideación suicida, síntomas psiquiátricos, altos estados de ansiedad, baja cohesión familiar y elevados conflictos familiares.

Un estudio de Scandinavica (1992) en población adolescente, investigó las características de la población en nivel Secundaria, con historia de conducta suicida, reporta como antecedentes comunes a ellos problemas emocionales y de conducta, depresión, abuso sexual, problemas familiares, uso de drogas y baja autoestima, todos ellos comunes en ambos sexos.

En Canadá, se investigó a través de una escala desarrollada por Dobsob (1992) un estudio con adolescentes entre 14 y 16 años, baja autoestima e ideación suicida y se encontró

depresión, abuso de alcohol, sustancias tóxicas, impacto en la autovaloración en relación a la baja autoestima y conducta suicida.

En México, en la Facultad de Psicología, se han enfocado trabajos de investigación en relación al estudio del suicidio en adolescentes por Margain (1978), Matus (1990), Soto (1990), Lagunes (1995), Loza (1995), Navarro (1995), Gómez (1995), y Martínez (1996), otros se han abocado al estudio del autoconcepto en relación al locus de control como Jorge De la Rosa (1986), o bien el autoconcepto en adolescentes y la relación familiar como Magaña (1988) y Gutiérrez (1989); asimismo han enfocado sus esfuerzos a la estandarización en población mexicana de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, por García y Quintero (1995); así como estudios correlativos de la Escala de Autoconcepto y el Diferencial Semántico de Jorge De la Rosa, por Frías (1991)

No se encontró antecedentes de estudios o investigaciones a nivel nacional o internacional que relacionen el autoconcepto y el intento suicida, lo cual nos da la posibilidad de explorar e investigar en relación a éstas dos variables que son de gran importancia en la visión psicológica del ser humano.

Berman y Cohen-Sandler en 1982 en Sarró (1991), han criticado constructivamente los problemas que plantea la investigación de los actos suicidas en la juventud. En general, los datos que se obtienen son retrospectivos y pueden estar distorsionados, pero a pesar de ello, se han identificado numerosas variables asociadas al riesgo suicida que demuestran que estos actos son complejos por estar multideterminados y profundamente centrados en la persona y que a través de estos estudios se ha podido lograr un mejor manejo terapéutico de quienes se ven directamente afectados por este hecho

CAPÍTULO IV MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema y justificación.

Desde la génesis de la humanidad, el hombre se ha cuestionado quién es en relación a sí mismo, en relación a otro y a otros, a sus necesidades tanto internas como externas, etc., pero es en el periodo de la adolescencia, cuando más notoria se hace esta necesidad de la búsqueda de una identidad propia con el consecuente cambio de su autoconcepto. En este devenir de cambios y transformaciones, entre muchos de sus conflictos esta el cuestionar su existencia y lo que conlleva el deseo o no de vivir, situación que lleva a muchos a optar por el suicidio y sólo en algunos se queda en tentativa suicida.

En la actualidad, la investigación de la conducta del ser humano aborda un abanico de posibilidades, donde se ha teorizado acerca del autoconcepto desde diferentes posturas, así como del suicidio y la tentativa suicida, lo cual permite conocer más acerca de dichos fenómenos.

Por lo antes mencionado, el estudio y análisis del Autoconcepto en su relación con el Intento Suicida en una población adolescente, permite conocer dichos comportamientos desde puntos de vista filosóficos, religiosos, éticos, sociales, económicos, políticos y sobre todo para la presente investigación, desde un marco teórico de la Psicología.

En las sociedades actuales, los datos epidemiológicos del Suicidio y la Tentativa Suicida, como ya se ha mencionado en el apartado de Estadísticas e Investigaciones, cada vez las cifras se incrementan con mayor celeridad, sobre todo en la población adolescente, las cuales nos permiten analizar la sucesión de los hechos en los últimos tiempos en un sentido universal. El conocer el número y características de los intentos suicidas no sólo permite cuantificar el hecho en sí, ya que lo más importante para el quehacer psicológico, es el individuo y la forma en como traduce su conducta en el medio ambiente en el que vive, sin olvidar la serie de factores que intervienen en su desempeño.

El compromiso a que nos lleva este conocimiento, recae en investigaciones que nos aclaren los probables orígenes del intento suicida en población adolescente y muy especialmente en lo que se refiere a las características del Autoconcepto que cada sujeto se forma de sí y en como probablemente repercuta en acciones tan extremas que deriven en la muerte. De ello se hace necesario el conocimiento de otros factores como la edad, la escolaridad, el tipo de

familia del sujeto, la religión practicada, si hubo tentativas previas, la forma de intento, etc., con la finalidad de conocer mejor el comportamiento poblacional y su contexto.

Es el interés de la presente investigación, conocer la percepción que de sí mismo tiene el adolescente que asiste a un Hospital Psiquiátrico con intento suicida y las áreas en las que presenta dificultad en su autopercepción, para un apoyarlo terapéuticamente. Una forma de evaluar las características de autoconcepto en la mencionada población, es la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la cual nos proporciona la autodescripción del sujeto en aspectos concernientes al marco interno y externo de referencia. En el marco interno se describe la persona a sí misma en tres categorías: Identidad (Autoconcepto), Autosatisfacción y Autocomportamiento. Por otra parte, el marco de referencia externo evalúa el Yo físico, el Yo ético, el Yo personal, el Yo familiar y el Yo social. Incluye asimismo, una escala que permite evaluar el nivel de Autocrítica del sujeto.

El beneficio de la Técnica como instrumento, permite discriminar el Autoconcepto en sus distintos componentes y con base en el perfil obtenido, se identifican las áreas sobre las cuales se diseñará el abordaje terapéutico.

Del rastreo en la Literatura de Psicología (PsycLit) y las Tesis (TesiUNAM), del periodo comprendido de 1990 a 1996, no se encontró estudio alguno que abordara el autoconcepto en población adolescente con intento suicida, utilizando la Escala de Autoconcepto de Tennessee; razón por demás justificada por la que se realicen investigaciones en ese sentido a fin de orientar esfuerzos para un conocimiento mas amplio sobre el tema y un adecuado manejo terapéutico de esa población, a fin de evitar su reincidencia, ya que con base en lo expuesto por Lara (1974), el riesgo de consumir el suicidio, es mayor en los tres años siguientes al intento y principalmente en los seis meses siguientes. La utilidad o necesidad de estudios en torno al autoconcepto viene justificada por la estrecha relación que tiene con gran número de variables psicológicas y factores que intervienen en el intento suicida o el suicidio consumado.

4.2 Desarrollo

4.2.1 Planteamiento del problema: pregunta(s) de investigación:

¿Cómo se autodescriben los adolescentes que optan por el suicidio y no logran consumirlo?,
¿en qué área(s) presentan más dificultad en su autopercepción?

4.2.2 Planteamiento de Hipótesis:

Hipótesis General:

* Existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil poblacional y bajo autoconcepto en los adolescentes, hombres y mujeres que intentan el suicidio y asisten a un Hospital Psiquiátrico

** No existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil poblacional y bajo autoconcepto de los adolescentes, hombres y mujeres que intentan el suicidio y asisten a un Hospital Psiquiátrico.

Hipótesis Estadísticas:

- 1.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y la autosatisfacción (cómo me siento conmigo)
- 1a - No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y la autosatisfacción (cómo me siento conmigo)
- 2.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y la Conducta (lo que hago)
- 2a - No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y la Conducta (lo que hago)
- 3.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Físico
- 3a - No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Físico
- 4 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Ético-Moral
- 4a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Ético-Moral
- 5.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Personal
- 5a - No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Personal

- 6 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Familiar
- 6a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Familiar
- 7.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Social
- 7a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Social
- 8 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y la Conducta (lo que hago)
- 8a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y la Conducta (lo que hago)
- 9.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Físico
- 9a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Físico
- 10.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Ético-Moral
- 10a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Ético-Moral
- 11 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Personal
- 11a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Personal
- 12.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Familiar
- 12a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Familiar
- 13.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo social
- 13a - No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Social
- 14 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Físico
- 14a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Físico
- 15.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Ético-Moral
- 15a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Ético-Moral
- 16.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Personal
- 16a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Personal

- 17 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Familiar
- 17a - No existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Familiar
- 18 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Social
- 18a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Social
- 19 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Ético-Moral
- 19a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Ético-Moral
- 20 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Personal
- 20a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Personal
- 21 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Familiar
- 21a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Familiar
- 22 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Social
- 22a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Social
- 23.- Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Personal
- 23a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Personal
- 24.- Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Familiar
- 24a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Familiar
- 25.- Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Social
- 25a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Social
- 26 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el Yo Familiar
- 26a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el Yo Familiar
- 27 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el Yo Social
- 27a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el Yo Social
- 28 - Existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Familiar y el Yo Social
- 28a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Familiar y el Yo Social

4.2.3 Variables:

***Variable: Autoconcepto**

***Variable: Intento Suicida**

***Variables categóricas:** edad, escolaridad, sexo, tipo de familia, religión, forma de intento, número de intentos previos, motivos, presencia de ideación suicida.

4.2.3.1 Definición conceptual de variables

***Autoconcepto:**

Configuración organizada de percepciones del sí mismo, con capacidad de reorganizarse con el consecuente cambio de los patrones de acción. (La Rosa, 1986)

***Intento Suicida:** Acto intencionado y bien considerado de daño hacia sí mismo teniendo como meta la muerte, pero que no logra su cometido. (Stengel, 1978)

4.2.3.2 Definición operacional de variables

***Autoconcepto:** Evaluación de la autopercepción o autodescripción del sujeto posterior al intento suicida, mediante la Escala de Autoconcepto de Tennessee (E.A.T., Fitts, 1965), misma que comprende la medición del Yo interno a saber, Identidad, Autosatisfacción y Autocomportamiento, y el Yo externo que comprende el Yo Físico, Yo Ético-Moral, Yo Personal, Yo Familiar y Yo Social.

***Intento Suicida:** Diagnóstico de Intento Suicida proporcionado por el personal médico psiquiátrico del Hospital.

***Edad, escolaridad, sexo, tipo de familia, religión, forma de intento, número de intentos previos, motivos, presencia de ideación suicida:** información obtenida a través de entrevista e historia clínica del paciente.

4.3 Población

La población que formó parte del presente trabajo estuvo integrada por sujetos adolescentes hombres y mujeres, cuyo rango de edad fluctuó entre los 13 y los 17 años de edad. Dicha población asistió al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, posterior al intento suicida para tratamiento. El periodo de aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, se llevó a cabo durante un periodo de cuatro meses a partir del mes de Febrero al mes de Mayo de 1997. Con una población total de 22 sujetos, 17 mujeres y 5 hombres.

4.4 Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico e intencional en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Los sujetos fueron adolescentes hombres y mujeres. Los sujetos que formaron parte de la muestra, cubrían en el diagnóstico médico psiquiátrico, la tentativa de muerte

4.5 Criterios de Inclusión:

El control de variables, se llevó a cabo en función de los siguientes criterios de inclusión de la muestra:

- * Sujetos adolescentes cuya edad fluctuó entre los 13 y los 17 años de edad.
- * Escolaridad de Nivel Básico (primaria) como mínimo.
- * Con una Capacidad Intelectual no menor a la considerada en el Rango de 90-109 clasificada como Normal.

4.6 Criterios de Exclusión:

- * Se excluyeron aquellos sujetos que presentaban dentro del cuadro clínico:
 - a) farmacodependencia, b) víctimas de abuso sexual, c) embarazadas y/o casadas y, d) aquellos sujetos que cursaran un proceso psicótico.

4.7 Escenario:

Área de Psicología de la Unidad de Varones y Unidad de Mujeres respectivamente, del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

4.8 Procedimiento

Se aplicó la Escala de Autoconcepto de Tennessee (E.A.T.) a pacientes adolescentes hombres y mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, con diagnóstico médico de Intento Suicida. Se realizó diariamente la revisión de los expedientes de los ingresos cuyo diagnóstico médico era tentativa suicida, en cada una de las Unidades de Varones y Mujeres, respectivamente. Se dió lectura al expediente, se extrajo información como edad, escolaridad, religión, tipo de familia, número de intentos previos, forma de intentar el suicidio. Posteriormente, a cada paciente se le explicó que la entrevista y la aplicación del instrumento eran parte del trabajo psicológico del Hospital. Se realizó una entrevista individual, en la que se corroboraron datos y se le preguntó el motivo de la tentativa suicida, la presencia o no de ideación suicida previa al evento, la forma del intento y número de intentos previos. Seguidamente, se realizó la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee de forma individual. En los casos en los que por trabajo de otras áreas como rehabilitación o consulta psiquiátrica se modificaba la mecánica de aplicación.

4.9 Instrumento

El instrumento de medición empleado para la presente investigación fue la Escala de Autoconcepto de Tennessee, su autor William H. Fitts, la diseñó en 1965. La versión utilizada es la estandarización en población universitaria mexicana realizada por García y Quintero (1995), por ser la población que por su edad, se aproxima en características a la población adolescente que formó parte de la muestra.

El mencionado instrumento es un cuestionario de respuesta cerrada, cuyos elementos son adjetivos y está constituido por frases de tipo autodescriptivo. Consiste en cien afirmaciones autodescriptivas a las que el examinado debe responder en una escala tipo Likert de cinco puntos, los cuales varían entre completamente falso a completamente verdadero, mismas que

permiten al examinado conformar una autoimagen o autoconcepto. De ellas, 45 se hallan formuladas positivamente y otras 45 negativamente. De los 90 primeros elementos existe una primera clasificación en tres dimensiones internas o componentes de las actitudes hacia él mismo y cinco dimensiones externas o aspectos del autoconcepto y las 10 restantes, pertenecen a la Escala L del MMPI y hacen relación a la autocrítica, la cual es independiente del resto de las escalas. Su esquema es bidimensional de tres renglones y cinco columnas.

Los renglones, reflejan el marco interno de referencia del sujeto; las columnas, reflejan el marco externo de referencia a partir del cual se evalúa la persona.

Es autoadministrable y su aplicación puede ser individual o colectiva. Se realiza en un lapso de 20 minutos en promedio. Puede ser administrada a personas de 13 años o más, quienes tengan habilidad de lectura. Es aplicable a todo rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos.

Los usuarios que realicen evaluaciones a través de la E.A.T., podrán estar seguros que estarán midiendo autoconcepto, ya que el uso del material para la presente investigación está tomado de la adaptación y estandarización en población mexicana universitaria de (García-Quintero, 1995), donde el 95% de los ítems discriminan a un nivel de significancia de 0.05 entre sujetos que presentan el rasgo y los que no lo presentan, concluyéndose que los ítems son comprensibles para la población mexicana que tenga un nivel de lectura de 6° grado de Primaria.

La confiabilidad global de las escalas básicas es de 0.73, indicando que los ítems a lo largo del test están midiendo adecuadamente el autoconcepto, por lo que se considera que la E.A.T. en forma global es una prueba significativamente confiable.

Dimensiones o componentes de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT) de William H. Fitts (1965). La imagen que el individuo tiene de sí mismo se evalúa en cuanto a su Yo interno y su Yo externo. Lo anterior se describe en el Instrumento como sigue.

HILERA 1*Identidad (lo que soy) o la forma en cómo el individuo se percibe y que se denomina Autoconcepto.

HILERA 2*Autoestima o autosatisfacción (cómo me siento) o el modo como el individuo se acepta así mismo en cada una de las seis dimensiones, es decir, cómo me siento conmigo mismo,

HILERA 3*Auto comportamiento (lo que hago) o cómo actúo conmigo mismo, qué hago conmigo en las distintas dimensiones del sí mismo.

COLUMNA A: Yo Físico: punto de vista que un individuo tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

COLUMNA B: Yo Ético- Moral: describe el sí mismo desde un marco de referencia ético-moral, examinando cualidades morales relacionadas con Dios, sentimientos de ser buena-mala persona y satisfacción en su religión o falta de ésta.

COLUMNA C: Yo Personal: refleja la sensación de valía personal de un individuo, sentimientos de adecuación como persona y autoevaluación de la personalidad independiente al cuerpo o su reacción con otros.

COLUMNA D: Yo Familiar: refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de la familia. Esto se refiere a la percepción del sí mismo de una persona, en relación a su círculo inmediato de asociados.

COLUMNA E: Yo Social: es otra categoría de cómo el sí mismo se percibe en relación a otros, pero define a otros en una dirección más general, reflejando la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otra persona en general.

4.10 Diseño de Investigación

La investigación realizada es empírica, con un diseño descriptivo en el que se señalan las características poblacionales, temporal por un periodo de cuatro meses de Febrero-Mayo de 1997, de una sola cohorte por ser un grupo de individuos con una experiencia en común (la tentativa suicida), transversal (se midió una vez) y correlativo por establecer relaciones.

CAPÍTULO V ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico realizado, tuvo su aplicación mediante el Paquete Estadístico S.P.S.S., llevándose a cabo un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y la aplicación de los Coeficientes de Contingencia, Pearson y Spearman, así como Chi Cuadrada, de acuerdo al nivel de medición de las variables.

Por otra parte, se llevó a cabo la descripción del perfil de la población de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT) con base en los datos obtenidos del análisis estadístico.

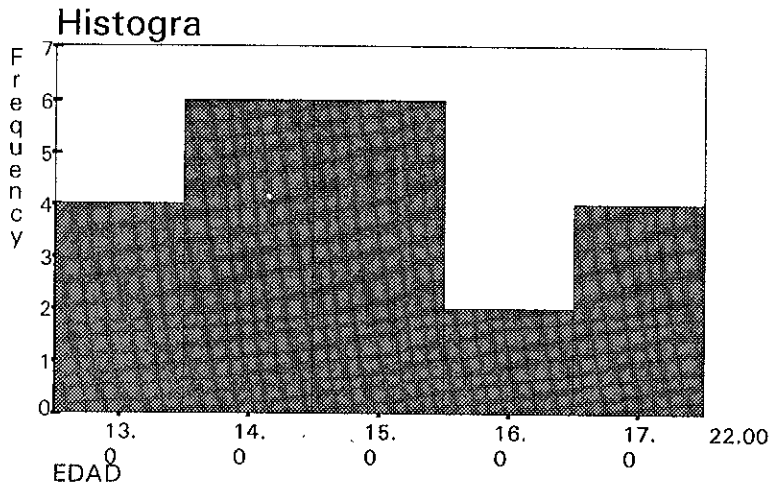
5.1 Resultados.

Con base en la información obtenida del análisis estadístico realizado, se obtuvieron los resultados que a continuación se describen:

EDAD POBLACIONAL:

La edad promedio de la población femenina fue de 15 años con una Ds de 1.3, y en el caso de la población masculina la edad promedio fue de 14 años con una Ds. 0.74

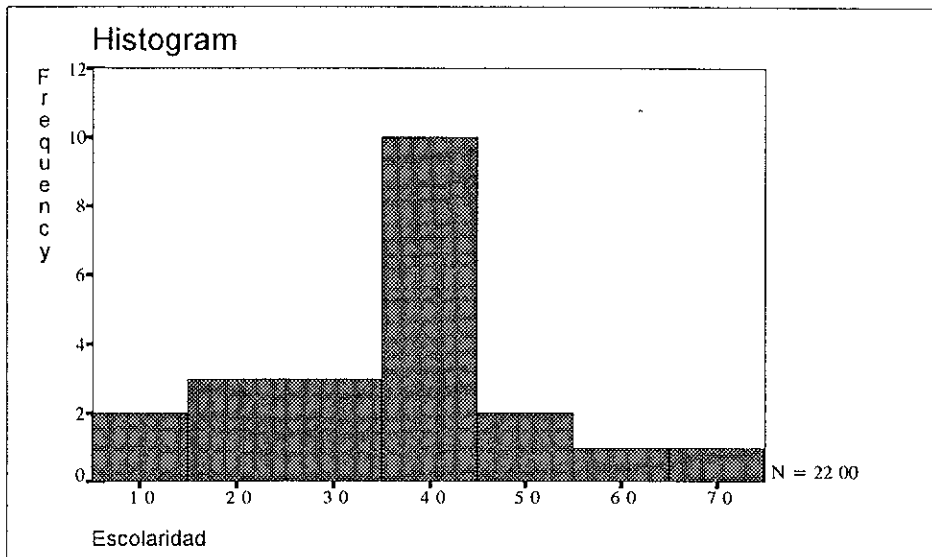
EDAD PROMEDIO DE LOS ADOLESCENTES POR SEXO CON INTENTO SUICIDA		
	Edad Promedio	Desv. Est.
Población Femenina	15	1.3
Población Masculina	14	0.74



ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN:

La Escolaridad promedio de la población fue de 3° de Secundaria, con una Ds. de 1 46 respecto de la media; representando un 45,5% en relación al total de la población

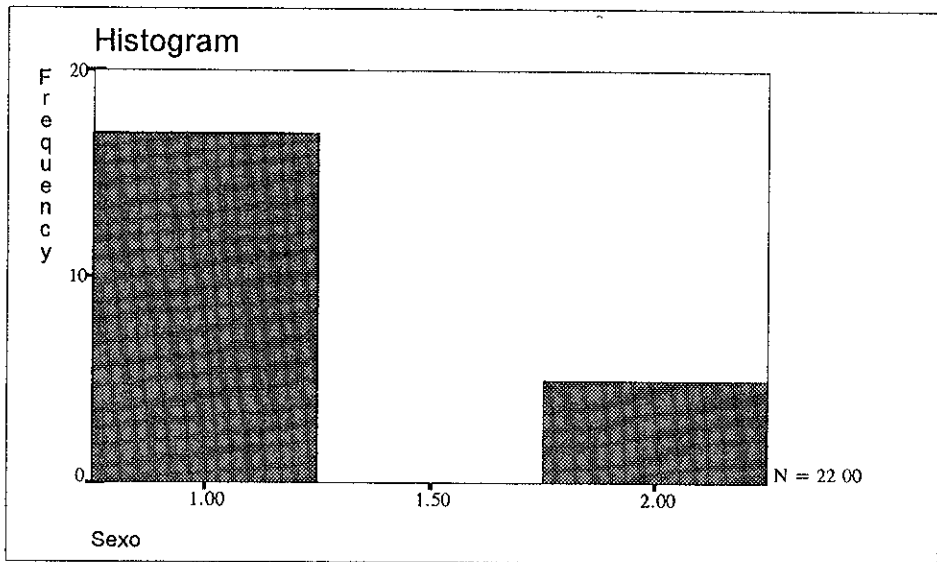
ESCOLARIDAD		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
6° de Prim	2	9.1%
1° de Sec.	3	13.6%
2° de Sec	3	13.6%
3° de Sec	10	45.5%
Niv Tec.	2	9.1%
1° de Prep	1	4.5%
2° de Prep	1	4.5%
TOTAL	22	100%



DISTRIBUCIÓN POR SEXO:

La población en cuanto a sexo se distribuyó de la manera siguiente:

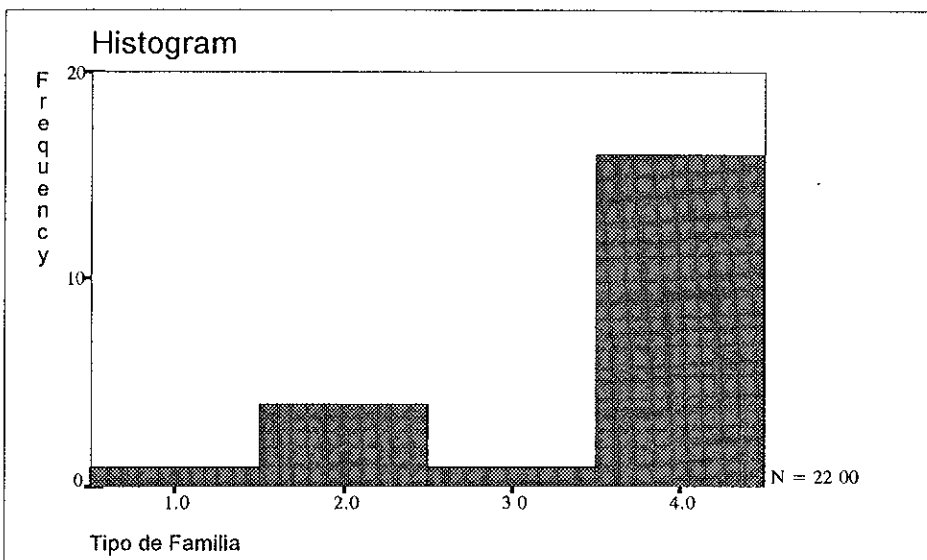
SEXO		
Población	Porcentaje	Frecuencia
Sexo Femenino	77.3%	17
Sexo Masculino	22.7%	5
TOTAL	100%	22



TIPO DE FAMILIA PRESENTE EN LA MUESTRA:

El Tipo de Familia predominante en la población muestreada fue Uniparental Disfuncional en un 72.7% de la población, con una media de 4.0 y una Ds. de 0.96.

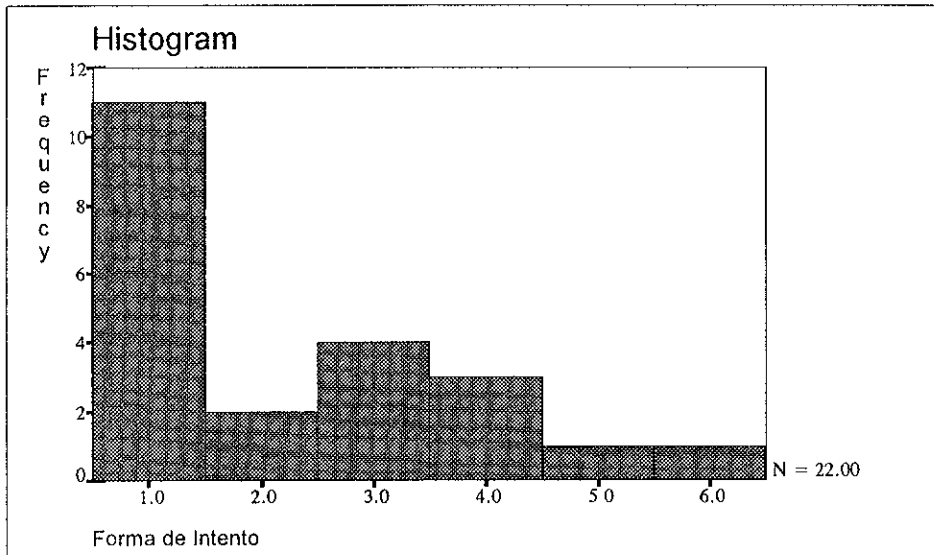
TIPO DE FAMILIA		
Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Biparental Funcional	1	4.5%
Biparental Disfuncional	4	18.2%
Uniparental Funcional	1	4.5%
Uniparental Disfuncional	16	72.7%
TOTAL	22	100%



FORMAS DE INTENTAR EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN:

La forma más utilizada para Intentar el Suicidio en ésta población presentó su mayor porcentaje en la Ingesta de Pastilla en el 59.1 % de los casos con una media de 1.5 y una Ds. de 1.54.

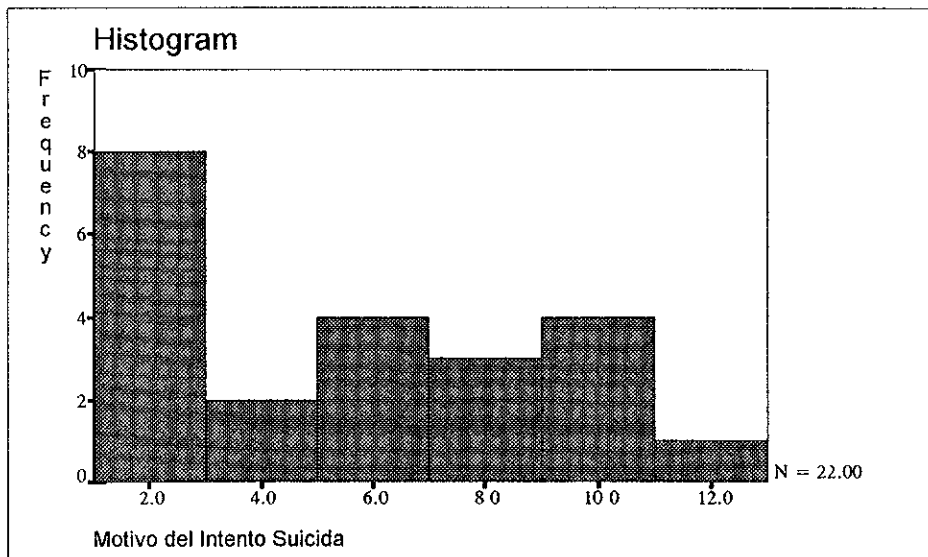
FORMA DE INTENTO		
Forma de Intento	Frecuencia	Porcentaje
Ingesta de Pastillas	13	59.1%
Ingesta de Solución	4	18.2%
Cortadura de Venas	3	13.6%
Disparo con arma de fgo.	1	4.5%
Quemadura de Venas	1	4.5%



MOTIVOS QUE PRESENTÓ LA POBLACIÓN PARA REALIZAR EL INTENTO SUICIDA:

Los Motivos para llevar a cabo el Intento Suicida en ésta población fueron diversos, pero se encontró que los más frecuentes como disparador del evento fueron en primer lugar, los Problemas Familiares, en un 18.2% de los casos; en igual circunstancias con un 18.2%, los Problemas de Pareja y, en tercer lugar, por no sentirse queridos con un 13.6%.

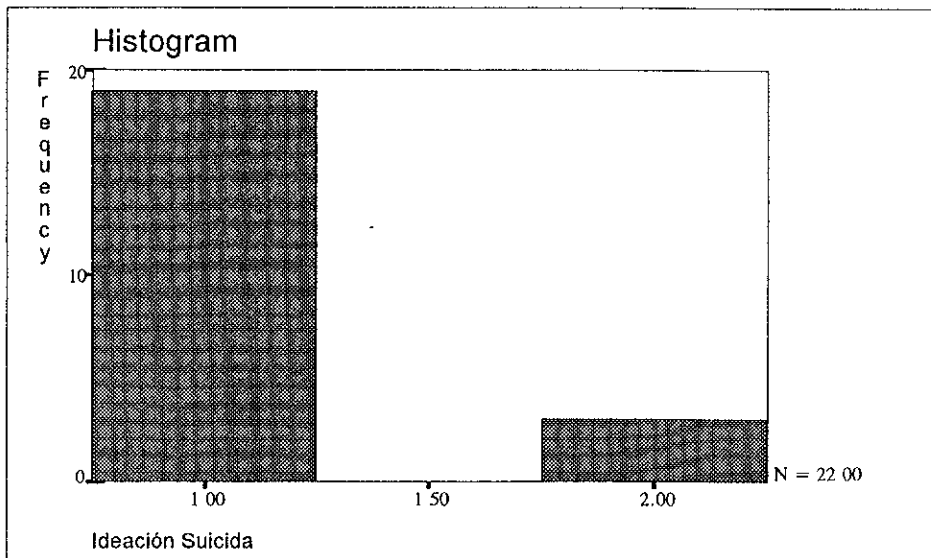
MOTIVO DEL INTENTO SUICIDA		
Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Problemas Familiares	4	18.2%
Prob. Fam y no sentirse querido	3	13.6%
Prob Fam y deseo de llamar la atención	2	9.1%
Prob. de Pareja	4	18.2%
Prob De Pareja y deseo de llamar la atención.	1	4.5%
Prob. Escolares y agresividad familiar	1	4.5%
Prob Esc. y no sentirse querido	1	4.5%
Deseo de llamar la atención	1	4.5%
No sentirse querido	3	13.6%
Sentimientos de minusvalía	1	4.5%
Intento suicida del padre	1	4.5%
TOTAL	22	100%



PRESENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN:

Los adolescentes que formaron parte de la muestra, presentaron Ideas de Muerte previas al Intento Suicida en un 86.4% con respecto al total de la población, con una media de 1.0 y una Ds. de 0.35 .

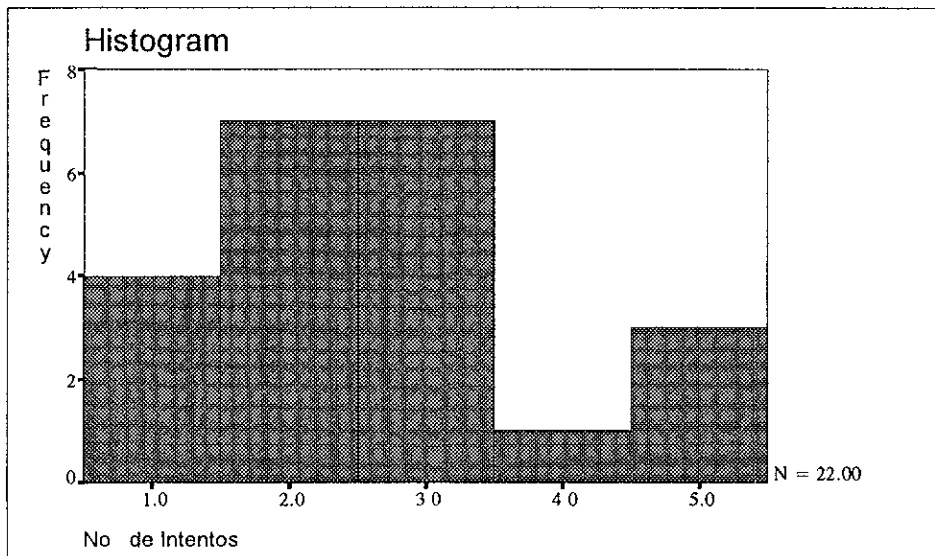
IDEACIÓN SUICIDA.		
Hubo Idea de Muerte previa al Intento	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	86.4%
NO	3	13.6%
TOTAL	22	100%



INTENTOS SUICIDAS PREVIOS EN LA POBLACIÓN:

En cuanto al número de veces que los adolescentes han intentado previamente el suicidio, contando el que les hizo llegar al Hospital, fueron en promedio de 2 a 3 intentos:

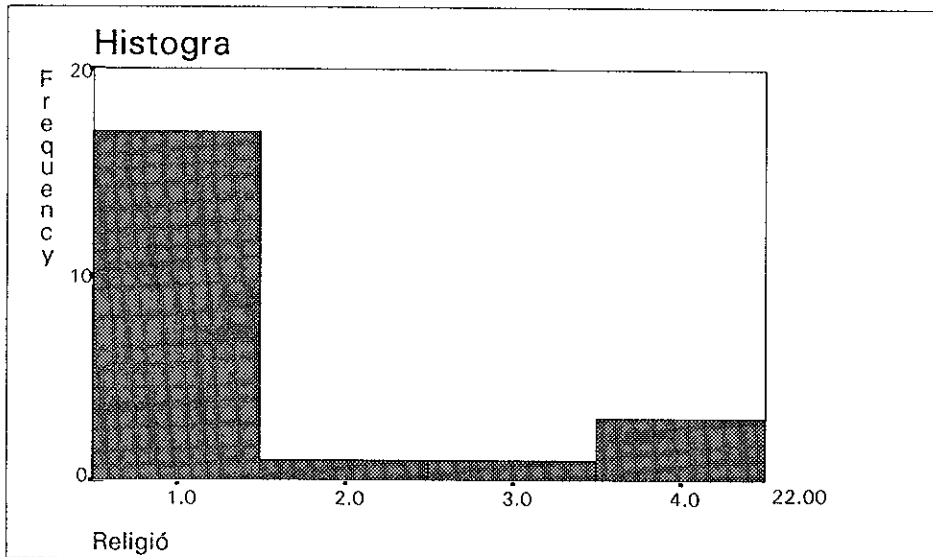
INTENTOS PREVIOS	
Población Total	De 2 a 3 en promedio



RELIGIONES PRACTICADAS POR LA POBLACIÓN:

En cuanto a la religión que practican predominantemente ésta población es la católica en un 77.3% respecto del total de la misma, seguida de la categoría de no ejercer ninguna con un 13.6%

RELIGIÓN		
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	17	77.3%
Evangelista	1	4.5%
Testigo de Jehová	1	4.5%
Ninguna	3	13.6%
TOTAL	22	100%

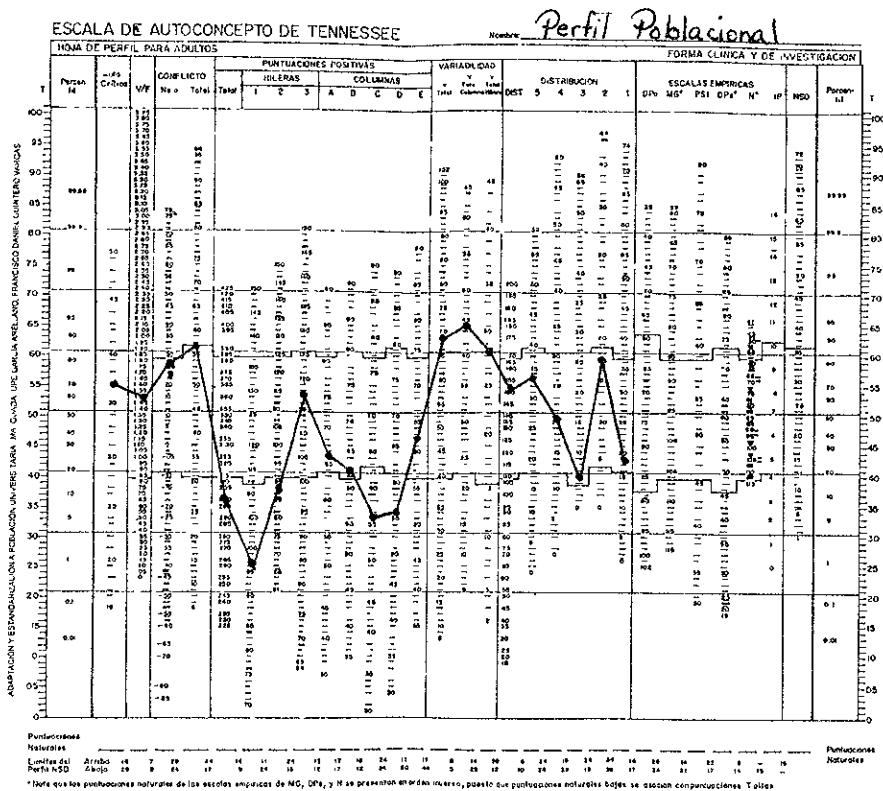


5.2 Análisis de Dispersión con base en Datos Normativos, Grupo de Estandarización y Grupo de Adolescentes con Tentativa Suicida.

Tabla 7*

Escala	Grupo Normativo		Grupo de estandarización		Grupo de adolescentes con tentativa suicida	
	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.
Ac	35.54	6.70	33.9	5.9	36.0	1.38
V/F	1.03	0.29	1.34	0.52	1.53	0.73
C.Net	4.91	13.01	9.4	19.9	29.18	19.84
C.Tot	30.10	8.21	43.5	11.9	58.72	13.62
P.Tot	345.57	30.70	347.8	34.4	300.5	27.54
Identidad	127.1	9.96	125.3	11.6	96.5	2.21
Autosatisfacción	103.67	13.79	109.0	16.7	89.5	2.75
Conducta	115.01	11.22	113.4	11.8	117.5	2.73
Yo Físico	71.78	7.67	72.1	8.7	66.0	1.87
Yo Ético-Moral	70.33	8.70	70.6	8.8	63.0	2.10
Yo Personal	64.55	7.41	69.6	8.1	56.5	1.49
Yo Familiar	70.83	8.43	69.5	8.6	55.5	1.68
Yo Social	68.14	7.86	65.7	8.8	62.0	1.33
V.Tot	48.53	12.42	52.9	12.3	68.04	11.81
V.Colum	29.03	9.12	30.9	8.9	44.40	11.34
V.Hilera	19.60	5.76	22.0	5.9	28.18	4.93
Distribución	120.44	24.19	137.6	28.9	152.5	3.58
5's	18.11	9.24	27.1	10.4	33.0	2.03
4's	24.36	7.55	20.8	9.2	20.0	2.19
3's	18.03	8.89	15.7	10.2	5.0	1.49
2's	18.85	7.99	10.6	7.6	17.0	1.34
1's	20.63	9.01	26.1	10.6	18.0	1.82

5.2.1 Perfil Poblacional de la Muestra



5.2.2 Descripción de los Resultados.

El Test de Autoconcepto de Tennessee aplicado en la muestra, es el estandarizado con una muestra de 1500 estudiantes universitarios mexicanos por García y Quintero (1995) De la estandarización realizada, para la descripción de los resultados en el presente estudio, se tomaron como base los datos normativos de la Tabla 7 * expuesta en la página anterior, cuyo contenido son las medias y las desviaciones estandar obtenidas de la aplicación en estudiantes universitarios mexicanos Por lo tanto, se llegó a las siguientes conclusiones:

Con base en los resultados de las aplicaciones de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y los puntajes promedio obtenidos del grupo de adolescentes, hombres y mujeres, con Intento Suicida del Hospital Juan N Navarro, durante el periodo correspondiente a los meses de Febrero a Mayo de 1997, se obtuvo el perfil poblacional siguiente:

1.- La escala de Autocrítica obtuvo una media poblacional de $\bar{X}=36.00$ tendiente a elevarse en relación a los datos normativos ($\bar{X}=33.9$), lo cual indica que el enjuiciamiento que la población hace de sí mismos llega a presentar matices de severidad, lo que sugiere pérdida de las defensas, admiten más fallas de las que realmente tienen, lo que los lleva a exagerar los juicios o críticas que hacen de sí mismos, así como de los actos que realizan.

2.- Las Escalas de los Puntajes Positivos que incluyen la hileras y columnas se comportó de la forma siguiente:

2.1 La Escala de los Puntajes Positivos Totales fue de una $\bar{X}=300.5$ en relación a los datos normativos ($\bar{X}=347.8$), permite observar una tendencia al descenso de la puntuación, lo cual reflejó que la población, que en ese momento se encontraba dudosa de su propio valor, con problemas de autoaceptación, inseguridad y duda, considerándose indeseables, frecuentemente ansiosos, con tendencia a la depresión e infelices, lo cual denota la baja, escasa o poca confianza que tienen de sí mismos, por lo que existe la posibilidad de realizar actos que respondan a las exigencias externas que les reditúan reconocimiento y aceptación o lástima, como es el caso del intento suicida

Es importante resaltar que para Fitts (1965), la puntuación positiva total, puede considerarse por sí misma, como la puntuación más importante de la E.A.T., dado que refleja el nivel total de Autoestima. El perfil poblacional de la presente investigación muestra el Bajo Nivel de Autoconcepto que existía en éstos jóvenes al momento de atentar contra su vida. Por lo anterior, se comprueba la Hipótesis alterna que establece que existe bajo autoconcepto en los jóvenes que intentan el suicidio y asisten a un Hospital Psiquiátrico.

2.2 La Escala de la Hilera 1 la cual evalúa Identidad, es decir, lo que la persona piensa que es, la media fue $\bar{X}=96.500$ con respecto a los datos normativos ($\bar{X}=125.3$), misma que muestra en el perfil una tendencia muy baja, indicando que la población presentó dificultades en ese momento ante su propia percepción, es decir, hay problemas en cuanto a su Identidad, existe confusión de quienes son ante sí mismos, dudan de su valer, de sus capacidades, habilidades y triunfos, así como la aceptación de sus debilidades, fracasos y limitaciones.

2.3 La Hilera 2 de la Escala de Autosatisfacción, obtuvo una media $\bar{X}=89.5$ en relación a los datos normativos ($\bar{X}=109.0$) mostrándose baja, lo cual indica la insatisfacción que tiene la población respecto de sí mismos, con bajos niveles de autoaceptación con la consecuente idea o autopercepción de no logro en las actividades emprendidas

2.4 La escala de Conducta o Hilera 3, evalúa la percepción que el sujeto tiene de lo que hace, en ella la media fue $\bar{X}=117.5$ en relación a la norma ($\bar{X}=113.4$) la población siente que se conduce adecuadamente aún a pesar de que en un porcentaje considerable ésta no le sea gratificante, ya que sus actos responden más a eventos aislados motivados por el entorno que por iniciativa propia.

2.5 La escala del Yo Físico correspondiente a la columna A, muestra el comportamiento poblacional medio de $\bar{X}=66.00$ en relación a los datos normativos ($\bar{X}=72.1$) lo cual nos permite considerar que la población manifiesta una pobre imagen corporal con una incompatibilidad hacia la aceptación de su propio cuerpo y apariencia física lo cual probablemente repercute en su sexualidad

2.6 La Escala de la Columna B, correspondiente al Yo Ético-Moral la media $\bar{X}=63.00$ en relación a la norma ($\bar{X}=70.6$) permite observar que la población en general, muestra conflicto en lo relacionado con aspectos morales y de índole ético creando insatisfacciones ante aspectos religiosos personales, asimismo, la población muestra una tendencia a percibirse como mala persona o no grata ante los demás.

2.7 La Escala del Yo Personal, correspondiente a la columna C, la relación promedio en las medias $\bar{X}=56.5$ y los datos normativos ($\bar{X}=69.6$) denotan que el valor personal es una de las escalas más hundidas en el perfil, lo cual refleja el sentido de inadecuación que tienen estos adolescentes como personas, ya que no logran establecer diferencias entre lo que es su sentir y pensar en relación a su actuar, reflejando procesos de identificación inadecuados.

2.8 Escala del Yo Familiar y columna D, su media $\bar{X}=55.5$ en relación al dato normativo ($\bar{X}=69.5$) indica por su valor, que los adolescentes perciben dificultades en las relaciones familiares donde el valor como miembro de la misma es casi nulo o inexistente, perciben exclusión y nula participación en la dinámica familiar

2.9 El Yo Social o columna E, con una media $\bar{X}=62.0$ en relación al dato normativo ($\bar{X}=65.7$), la población percibe que la interrelación con otros fundamentalmente con sus

iguales es apropiada, no presentando mayor discrepancia, siempre y cuando la relación no sea con personas que representen figuras de autoridad.

Las escalas que conforman el marco interno de referencia del Autoconcepto, en relación con la identidad, autosatisfacción y conducta, la población de adolescentes que intentan el suicidio y asisten al Hospital Juan N Navarro, se autodescriben dudosos de su propio valer, desconfiados e indeseables, con una clara tendencia a la minusvalía de sí mismos, con la consecuente insatisfacción ante sus logros personales, y dificultad incluso en autoaceptarse tal como son, lo cual genera ansiedad y conductas impulsivas como lo es el intento suicida, entre muchos otros.

El Autoconcepto en su marco externo de referencia del perfil poblacional hace notar que los sujetos muestreados, tienden a presentar dificultad en el área física, es decir, incompatibilidad con su propia imagen y su apariencia, no se sienten a gusto con su cuerpo y la forma en cómo se perciben. Su autopercepción es de conflicto en aspectos relacionados con lo ético-moral. Hay un sentimiento de inadecuación como personas, ya que no logran establecer diferencias entre lo que sienten y piensan en relación a cómo actúan, reflejo de procesos inadecuados de identificación. Sus relaciones intra e interfamiliares son percibidas como inadecuadas y de rechazo o nulificación hacia sus personas dentro del contexto familiar. En el sentido social logran una mejor relación con los que fundamentalmente son sus iguales y no así con aquellas figuras que son identificadas como autoridad.

En cuanto a las puntuaciones que evalúan el conflicto total, la media presente en el grupo fue de $\bar{X}=68.04$, que en relación al dato normativo ($\bar{X}=43.5$) muestra que en ese momento la población tendió a su elevación como puntuación dentro del perfil, lo cual es un indicador de momentos importantes de confusión, conflicto y contradicción en la percepción que de sí mismos tenían los adolescentes.

Los puntajes de variabilidad permiten evaluar la fluctuación entre las diferentes áreas del autoconcepto, presentaron una media de $\bar{X}=68.04$ que en relación al dato normativo ($\bar{X}=52.9$), indican las contradicciones en la autopercepción y la falta de integración en el autoconcepto, lo cual se refleja en conductas inconsistentes. Por otra parte, se observa que en aspectos sociales tienden a sobrevalorar su actuación y en situaciones internas se llega a la devaluación extrema.

Por lo anterior, con base en los resultados y su descripción en relación a la Hipótesis planteada: Existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de autoconcepto de los adolescentes hombres y mujeres que intentaron el suicidio.

5.3 Correlaciones.

De los datos obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, de las historias clínicas y las entrevistas, se llevó a cabo cruce de información misma que se presenta en dos fases: la primera correspondiente al análisis de correlaciones entre los datos de las Escalas del Instrumento; y la segunda al análisis entre la E.A.T., Intento Suicida y las variables categóricas a saber edad, sexo, escolaridad, religión, tipo de familia, motivo del intento, n° de intentos, forma de intento, mediante la aplicación de los Coeficientes de Contingencia, Pearson y Spearman, así como Chi Cuadrada, de acuerdo al nivel de medición de las variables (nominales, intervalares y ordinales), a fin de conocer las áreas en las que por procedimiento estadístico fueran significativas.

Primera Fase:

Los resultados siguientes corresponden a la primera fase de correlaciones en relación a los resultados de la Escala de Autoconcepto de Tennessee:

HIPÓTESIS	C	Ho	SIGNIFICANCIA
H1 Ident. - Autosat.	-----	No se rechaza	-----
H2 Ident - Conduc.	-----	No se rechaza	-----
H3 Ident. - Yo Físico	0.41	Se rechaza	0.05
H4 Ident -Yo EtMor.	0.68	Se rechaza	0.004
H5 Ident - Yo Per.	0.61	Se rechaza	0.002
H6 Ident. -Yo Fam.	0.66	Se rechaza	0.05
H7 Ident - Yo Soc.	0.37	Se rechaza	0.04
H8 Autosat - Conduc	-----	No se rechaza	-----
H9 Autosat-Yo Fis.	-----	No se rechaza	-----
H10 Auto-Yo EtMor	0.75	Se rechaza	0.006
H11 Autosat-Yo Per.	0.67	Se rechaza	0.005
H12 Autosat-Yo Fam	0.59	Se rechaza	0.003
H13 Autosat-Yo Soc.	-----	No se rechaza	-----
H14 Cond. - Yo Fis.	0.57	Se rechaza	0.03
H15 Cond-Yo EtMor	0.54	Se rechaza	0.03
H16 Cond. - Yo Per.	0.46	Se rechaza	0.02
H17 Cond. - Yo Fam.	0.45	Se rechaza	0.03
H18 Cond. - Yo Soc.	-----	No se rechaza	-----
H19 Yo Fis-Yo E-M	-----	No se rechaza	-----
H20 Yo Fis.-Yo Per.	-----	No se rechaza	-----
H21 Yo Fis.-Yo Fam.	-----	No se rechaza	-----
H22 Yo Fis.-Yo Soc.	-----	No se rechaza	-----
H23 Yo EM- Yo Per.	-----	No se rechaza	-----
H24 Yo EM-Yo Fam	-----	No se rechaza	-----
H25 Yo EM-Yo Soc.	-----	No se rechaza	-----
H26 Yo Per-Yo Fam.	-----	No se rechaza	-----
H27Yo Per- Yo Soc.	-----	No se rechaza	-----
H28 Yo Fam-Yo Soc	-----	No se rachaza	-----

- 1a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo).
- 2a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y la Conducta (lo que hago).
- 3.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Físico.
- 4.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Ético-Moral
- 5.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Personal.
- 6.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Familiar.
- 7.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Identidad (lo que soy) y el Yo Social.
- 8a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y la Conducta (lo que hago).
- 9a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Físico.
- 10 - Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Ético-Moral.
- 11.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Personal.
- 12a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Familiar.
- 13a.- No existe relación estadísticamente significativa entre la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y el Yo Social.
- 14.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Físico.
- 15.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Ético-Moral.
- 16.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Personal.
- 17.- Existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Familiar
- 18a.-No existe relación estadísticamente significativa entre la Conducta (lo que hago) y el Yo Social.
- 19a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Ético-Moral.
- 20a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Personal
- 21a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Familiar.
- 22a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Físico y el Yo Social.
- 23a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Personal.
- 24a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Familiar

25a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Ético-Moral y el Yo Social.

26a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el Yo Familiar.

27a.- No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el Yo Social

28a - No existe relación estadísticamente significativa entre el Yo Familiar y el Yo Social.

De las hipótesis planteadas se deriva lo siguiente:

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hilerla 1 correspondiente a la Identidad y la columna A correspondiente al Yo Físico, con un coeficiente de contingencia de 0.41 y un nivel de significancia de 0.05. De los resultados obtenidos se observa la indefinición de no saber quienes son, con la pobre imagen corporal que tienen de sí mismos estos adolescentes.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hilerla 1-Identidad y la Columna B- Yo Ético-Moral, con un coeficiente de contingencia de 0.68 y un nivel de significancia de 0.004. Lo anterior nos lleva a considerar que los valores ético-morales de la población no han sido suficientemente sólidos para hallar en ellos identificaciones que les sean satisfactorias y/o compatibles a sus necesidades externas ni internas

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hilerla 1 correspondiente a la Identidad y la columna C correspondiente al Yo Personal, con un coeficiente de contingencia de 0.61 con un nivel de significancia de 0.002, este resultado corrobora la problemática existente de la población en cuanto a que existe confusión importante en los procesos de identificación vividos mismos que intervienen en una concepción de minusvalía.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hilerla 1 correspondiente a la Identidad y la columna D-Yo Familiar, con un coeficiente de contingencia de 0.66 con un nivel de significancia de 0.05; este apartado permite considerar que la percepción conflictiva que tiene ésta población del entorno familiar, no le permite establecer procesos de identificación adecuados.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hilerla 1 correspondiente a la Identidad y la columna E correspondiente al Yo Social, con un coeficiente de contingencia de 0.37 y un nivel de significancia de 0.04, como en los apartados anteriores, los diferentes factores que influyen en el proceso de identificación, son decisivos, lo cual hace notar que para estos adolescentes la inadaptación social se refleja ampliamente en la formación inadecuada del autoconcepto.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hilerla 2 correspondiente a la Autosatisfacción y la columna B correspondiente al Yo Ético-Moral, con un coeficiente de contingencia de 0.75 con un nivel de significancia de 0.006; esto implica una correspondencia importante entre el fracaso de los logros personales y el manejo de valores

con los que cuenta la población, los cuales no les permiten tener logros más accesibles a sus situaciones reales.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hiler 2 correspondiente a la Autosatisfacción y la columna C- Yo Personal, con un coeficiente de contingencia de 0.67 y un nivel de significancia de 0.005. Los niveles de minusvalía o baja autoestima, se ven a su vez reflejados en insatisfacciones de la población en cuanto a expectativas.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hiler 3 correspondiente a la Conducta y la columna A correspondiente al Yo Físico, con un coeficiente de contingencia de 0.57 y un nivel de significancia de 0.03. Lo anterior explica que la imagen inadecuada que tienen los sujetos de sí mismos, los lleva a conducirse inapropiadamente en su entorno

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hiler 3 correspondiente a la Conducta y la columna B correspondiente al Yo Ético-Moral, con un coeficiente de contingencia de 0.54 con un nivel de significancia de 0.03. La insatisfacción ante los valores adquiridos o no por éstos adolescentes, se ven reflejados en conductas inadaptadas como lo es la tentativa de muerte.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hiler 3 correspondiente a la Conducta y la columna C correspondiente al Yo Personal, con un coeficiente de contingencia de 0.46 y un nivel de significancia de 0.02; esta correlación indica que el sentimiento de minusvalía los lleva a dificultades en su forma de conducirse.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Hiler 3 correspondiente a la Conducta y la columna D del Yo Familiar, con un coeficiente de contingencia de 0.45 con un nivel de significancia de 0.03, lo anterior permite observar que la manera de conducirse, mucho encuentra su explicación en la estructura familiar con que se cuenta, y dado que la mayoría de las familias eran desintegradas disfuncionales, dónde podrían encontrar un modelo a seguir.

Segunda Fase:

Los resultados de los datos obtenidos mediante el historial clínico y la entrevista (variables categóricas) y los de la prueba aplicada E A.T., se realizó cruce de información que resultó valioso y que se presentan a continuación.

Cruce de datos	C	Significancia
Yo Per.-Escolaridad	0.91	0.03
Yo Per.-Religión	0.84	0.05
Var. Colum -Religión	0.85	0.04
Forma de Intento-Ideas de Muerte	0.62	0.01
Forma de Intento-Religión	0.78	0.02
Ideas de Muerte-Religión	0.52	0.03
Núm. Intentos-Escolaridad	0.79	0.04
Núm. Intentos-Tipo de Fam	0.68	0.05
Edad-Tipo de Fam.	0.70	0.03

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre el Yo Personal y el nivel de Escolaridad, con un coeficiente de contingencia de 0.91 y un nivel de significancia de 0.03. Lo anterior nos permite considerar que en la población muestreada, la autopercepción de minusvalía y el nivel de escolaridad cuyo promedio fue de 3° de Secundaria, se asocian significativamente. Lo anterior da la posibilidad de observar que si los sujetos no se valoran y poseen un nivel básico de conocimientos como es el caso de ésta población, se producen desenlaces como es la tentativa de muerte o quizás el suicidio.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre el Yo Personal con la Religión practicada, con un coeficiente de contingencia de 0.84 y un nivel de significancia de 0.05. De la información estadística podemos concluir que en ésta población, la autopercepción de minusvalía y la religión que en su mayoría son católicos (77.3%) fueron elementos significativos por la baja estima en que se tienen y los valores religiosos tal vez rígidos o poco compatibles con las expectativas de dichos adolescentes.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Variabilidad de Columnas y la Religión practicada, con un coeficiente de contingencia de 0.85 y un nivel de significancia de 0.04. Esto muestra que la falta de integración en las diferentes áreas del autoconcepto de los sujetos tiene que ver de manera importante o se asocia con la Religión practicada, dado que los valores e ideales probablemente no sean del todo sólidos o bien no coincidan con sus preceptos religiosos, lo cual les genere probablemente culpa y ansiedad.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Forma de Intento y la presencia de Ideas de Muerte, con un coeficiente de contingencia de 0.62 y un nivel de significancia de 0.01. En la población se observó que la presencia de ideas de muerte previas al evento, tuvo que ver significativamente en una probable planeación o ideación con la Forma en que se realizó el Intento.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Forma de Intento y la Religión practicada, con un coeficiente de contingencia de 0.78 y un nivel de significancia de 0.002. En la adolescencia hay una preocupación metafísica intensa como ya se mencionó en el marco teórico, lo cual da frecuentes crisis religiosas que no son un mero capricho de lo místico, sino que son intentos de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y el enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su Yo corporal, el cual se desea eliminar de forma real como en la población muestreada o imaginaria en otros casos. Dentro del análisis estadístico los valores religiosos contaron de manera significativa para la elección de la forma de intentar el suicidio.

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la presencia de ideación suicida y la religión practicada, con un coeficiente de contingencia de 0.52 con un nivel de significancia de 0.03, es decir, las ideas de muerte están asociadas con los valores e ideales religiosos imperantes de ésta población

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre el número de Intentos y el nivel de Escolaridad, con un coeficiente de contingencia de 0.79 con un nivel de significancia de 0.04. El nivel de escolaridad promedio en ésta población fue de 3° de Secundaria resultó determinante en el número de Intentos realizados en ésta población

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre el número de intentos suicidas y el tipo de familia, con un coeficiente de contingencia de 0.68 y un nivel de significancia de 0.059. El tipo de familia predominante en ésta población fue Uniparental Disfuncional (72.7%), la cual generó en promedio de 2 a 3 intentos en ésta población

*Sí hubo correlación estadísticamente significativa entre la Edad y el Tipo de Familia, con un coeficiente de contingencia de 0.70 con un nivel de significancia de 0.03 El proceso de cambio en la etapa de la adolescencia es un factor importante entre los 12 y 18 años, variaciones que se reflejan en las relaciones interpersonales en el núcleo familiar, siendo en esta investigación determinante el tipo de familia y la edad, con la realización del intento suicida.

CONCLUSIONES

El concepto que tiene de sí misma una persona, determina en gran medida sus pensamientos, sentimientos y conducta, por lo mismo se relaciona estrechamente con su personalidad, su salud mental, y en términos generales con la adaptación que logre la persona en la vida misma.

Como ya ha sido mencionado, el autoconcepto se refiere a la visión interior que tiene el individuo sobre sus ideas, sentimientos, creencias, valores y convicciones, donde la temporalidad resulta un factor importante acerca de sus concepciones sobre el pasado, el presente y el futuro. Dicha dimensión, abarca lo concerniente a su cuerpo, sus cualidades mentales, sus habilidades, inteligencia, etc. Todo lo anterior, se relaciona con una visión exterior, que es el mundo en el que vive y lo rodea, donde la familia como fuente proveedora de las principales estrategias de supervivencia y de manutención, es asimismo la forjadora de afectos, de principios morales, comportamentales, educativos, etc., que han de ayudar a la persona en su proceso formativo a fin de conformar de la interacción con los otros su propio marco referencial, es decir, una configuración organizada de percepciones de sí mismo, con capacidad de reorganizarse, así como con el consecuente cambio de los patrones de acción, mismo que se da bajo un marco referencial propio, basado en la experiencia personal y en el significado que se le confiera a cada suceso. De esta manera, el autoconcepto se desarrolla de forma dinámica a través de las sucesivas etapas de la infancia consolidándose en la adolescencia, debido a que es particularmente un periodo de conciencia y preocupación de sí mismo.

El proceso de desarrollo experimentado por el individuo durante el periodo de la adolescencia, no se restringe tan sólo al hecho circunstancial de vivir una confrontación ante la vida y estar dispuesto a asumir nuevos retos y compromisos. Involucra también un desenvolvimiento estructural del Yo, exponiéndolo al enfrentamiento con los advenimientos que lleva consigo la transformación física, relativa a la estructura corporal y, psicológica en función de la adaptación a un nuevo episodio desconocido para el individuo que es la vida del adulto, así como su desenvolvimiento personal dentro de un contexto determinado en un futuro profesional-laboral que le conferirá un lugar y un rol.

Existen adolescentes que en el mencionado proceso, se encuentran en circunstancias diferentes, y que por factores multivariados, presentan conductas autodestructivas, y que se manifiestan a través de intentos suicidas y el suicidio consumado. De ésta población de adolescentes con tentativa suicida hombres y mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los trece y diecisiete años de edad, se realizó el presente estudio, con el interés de conocer la autopercepción que tienen de sí mismos.

Las preguntas de investigación formuladas fueron ¿Cómo se autodescriben los adolescentes que optan por el suicidio y no logran consumarlo? ¿En qué áreas presentan más dificultad en su autopercepción?

Con base en los datos estadísticos obtenidos mediante el Paquete Estadístico S.P.S.S., la aplicación de los Coeficientes de Contingencia, Pearson y Spearman, y Chi Cuadrada, así como de la descripción del Perfil Poblacional de la Escala de Autoconcepto de Tennessee E.A.T., en su versión estandarizada en población mexicana universitaria (García-Quintero, 1995), aplicado en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", con población adolescente, de ambos sexos, durante el periodo comprendido por los meses de Febrero a Mayo de 1997, y tomando como base las preguntas de investigación planteadas, las hipótesis estadísticas y las correlaciones llevadas a cabo, se concluye lo siguiente:

Los adolescentes hombres y mujeres cuyo motivo de ingreso al Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro fue Intentar Suicidarse, se autodescriben con bajo autoconcepto. Son severos en el autoenjuiciamiento. Existe gran duda de su valor como personas, observándose en ellos dificultades para aceptarse como son, mostrándose inseguros y frecuentemente ansiosos, se consideran indeseables ante los demás, tienden a estados de infelicidad y/o depresión, con escasa confianza en sí mismos. Responden más a las exigencias externas, buscan reconocimiento de otros generalmente de sus iguales, pero no por las vías convencionales. Presentan confusión de Identidad, no saben quienes son ante sí mismos, hay gran conflicto interno y duda. Por otra parte, en lo relacionado con la autosatisfacción, se sienten insatisfechos y frustrados, con niveles muy bajos en cuanto a las expectativas de logro. Paradójicamente, la autopercepción que tienen de cómo se conducen, revela que la población siente que se conduce adecuadamente aún a pesar de no sentir gratificación en ello, por lo que se puede considerar que responden más por motivaciones externas, que por iniciativa propia. La imagen corporal que tienen de sí mismos, está devaluada con tendencia a la no aceptación de su propio cuerpo, no se sienten conformes con su apariencia física, lo cual muy probablemente repercute en la percepción que han desarrollado de su sexualidad y a la inversa. Por otra parte, muestran conflicto en aspectos relacionados con lo moral y lo ético, llevándoles a insatisfacciones religiosas personales, lo cual se refleja en percepciones inadecuadas de sí mismos, es decir, la población tendió a una autopercepción distorsionada, considerándose malas personas o simplemente no gratas ante los demás. En cuanto a las relaciones familiares se perciben excluidos, no se sienten formar parte activa del grupo familiar. En lo concerniente al ámbito social, muestran buena vinculación con sus iguales, no así con el entorno, especialmente con las figuras parentales y/o de autoridad. La variabilidad en las respuestas y el nivel de conflicto neto, permitió observar que la población se manifestó confusa, conflictuada y con contradicciones en su propia percepción, así como con inconsistencia del propio autoconcepto, observándose en ello el reflejo de conductas como la tentativa suicida.

En términos generales, se observa que en aspectos sociales, la población tendió a sobrevalorar su conducta; pero en situaciones internas, se llegó a la devaluación extrema. Lo anterior se explica por lo que Aberastury (1994) denomina "el producto del contacto con sus iguales", en este sentido el fenómeno grupal adquiere un importancia trascendental, ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial, de esta manera recurre al grupo como un refuerzo para su identidad, donde el actuar es lo importante y le confiere una sobrevaloración. Sin embargo, su propia personalidad, su individualidad suele quedar fuera de todo el proceso que está ocurriendo

Por los datos ya descritos, se observan diferencias significativas en el perfil poblacional y Bajo Nivel de Autoconcepto en los adolescentes, hombres y mujeres, que intentaron suicidarse y que asistieron al Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, en el periodo Febrero-Mayo de 1997.

Consecuentemente, se encontró que la edad promedio poblacional fue de 14 años en los hombres y 15 años en las mujeres. La escolaridad promedio fue de 3° de Secundaria. La distribución por sexo de la población en hombres fue del 22.7%, y de las mujeres del 77.3%, en relación al total de la muestra que fue de 22 sujetos. La familia predominante fue del Tipo Uniparental Disfuncional con un 72.7% respecto de la totalidad. La forma de intentar el suicidio más utilizada, fue la ingesta de fármacos-pastillas en el 59.1 % de los casos. Los motivos para llevar a cabo el intento suicida fueron diversos, pero predominaron los problemas familiares y los problemas de pareja, ambos en un 18.2% respectivamente y el no sentirse queridos en el tercer lugar con el 13.6% en relación a la población. Hubo presencia de ideas de muerte o ideación suicida en el 86.4% de la muestra. El promedio poblacional en cuanto al número de intentos previos, fue de 2 a 3. La religión practicada predominantemente en la población fue la Católica en un 77.3%.

Las correlaciones estadísticamente significativas respecto de la Identidad se encontraron entre: las combinaciones del Yo Físico, el Yo Ético-Moral, el Yo Personal, el Yo Familiar, y el Yo Social, de lo que podemos inferir que abordar la identidad en la formación del autoconcepto en el adolescente con tentativa suicida, implica considerar su desarrollo en la interacción y lucha entre el individuo y el medio de acuerdo con las condiciones y coacciones del mismo. Hay dificultad en la formación de la identidad de saber quién es, de tener consciencia de sí mismo, no hay una clara diferenciación entre el Yo y el no Yo, lo cual repercute en la imagen corporal (inconsciente) que tienen de sí mismos y de su propio esquema corporal (preconsciente). Es notoria la correlación en aspectos como los valores éticos-morales, donde el adolescente se aboca a la búsqueda de sus propios criterios de análisis respecto de lo que cree que son sus valores y los que no lo son, posibilitándole su propia expresión muchas veces inadaptada. El aspecto familiar en la población muestra que por las características disfuncionales familiares que pueden ir desde la incomunicación, la carencia afectiva, entre muchas posibles causas, creen confusión en los mismos. La muestra

en cuanto a procesos de identidad, aún manifiesta crisis, lo que se considera “normal”, dado que por la edad aún se encuentra en la fase de adolescencia propiamente dicha, en la que se está en el camino-proceso por alcanzar su propia identidad.

Las correlaciones estadísticamente significativas respecto de la Autosatisfacción se encontraron entre: las combinaciones del Yo Ético-Moral, el Yo Personal, y el Yo Familiar. La autosatisfacción que tiene que ver con aspectos relacionados con sentirse bien consigo mismo y valioso por lo realizado como parte del autoconcepto, la población muestreada con tentativa suicida mostró la insatisfacción que tienen respecto de sus valores ético-morales, si los hay; la no satisfacción de su valor como personas independientes y de sentirse insatisfechas y no aceptadas en el ámbito familiar; todo esto en relación a las necesidades propias de estos adolescentes.

Las correlaciones estadísticamente significativas respecto de la Conducta se encontraron entre: las combinaciones del Yo Físico, el Yo Ético-Moral, el Yo Personal y el Yo Familiar. La percepción de la población respecto a su forma de conducirse y lo que hacen en cuanto a su cuerpo y sus valores, se correlacionaron significativamente, dado que responden a parámetros grupales y de uniformidad en relación a sus grupos de referencia, lo cual les brinda seguridad y baja sus niveles de ansiedad, aunque por otra parte suelen producir conductas impulsivas como resultado de la falta de responsabilidad, o bien, en situaciones donde no hay compatibilidad con el grupo de referencia se tiende al aislamiento y a la búsqueda de salidas como el intento suicida. El Yo familiar, se relacionó significativamente, ya que la forma de conducirse de estos jóvenes no responde a la forma de relacionarse en el ambiente familiar o bien del valor asignado como miembro dentro de la familia. Coopersmith citado por Oñate (1989), argüía que en la autoestima de una persona lo primero y más importante es la cantidad de respeto, aceptación y trato que ésta recibe de los otros significativos en su vida, en este caso los padres; por lo mismo, la autoestima estará afectada por las percepciones y el vínculo entre los miembros del grupo familiar. Asimismo, hay que considerar que la cohesión familiar se basa en la percepción que sus miembros tengan de la misma, así como de las relaciones familiares, lo cual influye en el desarrollo y ajuste del adolescente, lo cual cambia para esta población, ya que en su mayoría las familias están desintegradas y son disfuncionales.

La autopercepción de minusvalía y el nivel de escolaridad se correlacionaron significativamente en la muestra. Para Oñate (1989) las mujeres expresan mayor ansiedad ante las situaciones escolares que los hombres, y se sienten más inseguras ante las tareas académicas que éstos. La explicación de estos datos puede residir en que los jóvenes están más socializados para el logro académico y las jóvenes encuentran con frecuencia posturas ambivalentes en sus padres y pocos de ellos les ayudan y se comprometen en la educación de sus hijas.

En el mismo sentido de una autopercepción de minusvalía, se relacionó significativamente con la religión practicada, lo cual hace considerar que dichos adolescentes o bien tienen en su mayoría patrones religiosos muy rígidos, o bien la incompatibilidad que muestran dichos valores consigo mismos, les origina mayor confusión en su forma de actuar ante sus conflictos.

Otra relación importante entre variables, fue la de Variabilidad de Columnas cuya evaluación permite conocer la inconsistencia de un área de percepción a otra, la cual es notoria dentro del perfil, y la Religión practicada, relación que indica la variación e inestabilidad en que se encuentran estos jóvenes en las diferentes escalas y la confusión que tienen respecto de sí mismos y sus ideas religiosas o bien a las contradicciones que encuentran en ella.

Por otra parte, la forma de intento suicida se relacionó significativamente con la presencia de ideas de muerte o suicidas previas al intento. Lo anterior permite considerar la posibilidad de que al pensar previamente morir, les permitió considerar la forma en como realizarlo

De igual manera la forma de intento suicida y la presencia de ideas de muerte, se relacionan significativamente con la religión practicada. En cuanto a la religiosidad, Aberástury (1994) considera que fenomenológicamente se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas. Lo cual lo ubica en situaciones cambiantes y de fluctuaciones en su mundo interno. La preocupación metafísica se da con gran intensidad, lo que origina crisis religiosas, las cuales son intentos de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento del fenómeno de la muerte definitiva de su Yo corporal.

En otro aspecto, se encontró que el número de intentos previos al evento actual, se relacionó de manera significativa con el nivel de escolaridad, lo cual permite considerar que los niveles de ansiedad y de estrés originados por aspectos académicos, en ocasiones generan conductas impulsivas, sobre todo en etapas como la adolescencia cuyas respuestas conductuales distan de una madurez.

La correlación entre el número de intentos realizados de forma previa y el tipo de familia que en su mayoría fue Uniparental Disfuncional (72.7%) fue propiciatoria de que los sujetos en promedio intentaran en 2 ó 3 ocasiones realizar el suicidio más el intento actual

La edad y el tipo de familia se relacionaron significativamente reflejando las discrepancias entre ambas posturas ante la vida sin interés de conciliación, generando conductas más propiciadas por el medio que por necesidades propias de los sujetos.

La información vertida del perfil poblacional del autoconcepto y la entrevista realizada en adolescentes con intento suicida que asistieron a un Hospital Psiquiátrico, nos muestra un panorama muy similar en cuanto al comportamiento esperado en el común de la población a excepción de las escalas relacionadas con la identidad y la autosatisfacción, mismas que por su puntuación fueron las más bajas dentro del perfil, pero por consecuencia, explicable dentro del contexto que la enmarcó.

El comentario respecto de los resultados es explicable, dado que con base en la información teórica ya desarrollada vemos que los cambios biológicos ostensibles en ésta etapa, traen alteraciones de la conducta y por tanto dificultades de adaptación, puesto que la sexualidad del individuo entra en conflicto con la seguridad. Dicha sexualidad influye sobre todo en el, psiquismo, ya que no sólo provoca el incremento de la excitación, sino que al mismo tiempo disminuye la resistencia contra el desarrollo de síntomas y por ello se dice que en la adolescencia se es más proclive a la manifestación de patologías, ya que se presentan con mayor frecuencia trastornos depresivos, de personalidad, abuso de alcohol, así como otras sustancias, sentimientos de desesperanza, preocupación por la muerte, dificultades con la familia y amigos, etc.

Uno de los aspectos a considerar de manera evidentemente importante dentro del perfil es la identidad que se presenta difusa. Al respecto, ubicándonos dentro del marco teórico de Erickson (1956) el logro de la identidad, se inicia con la pubertad, donde el punto central de atención para el individuo, es él mismo. El establecimiento y restablecimiento de las propias experiencias previas y las expectativas futuras en su plan de vida personal, se ven subordinadas a la sexualidad. El adolescente tiene que consolidar la identidad de su Yo y aceptar por consiguiente la presencia de cambios, especialmente corporales y sobre todo sentimientos y cargas libidinales que son parte de sí mismo. El adolescente trata de proyectar en otra persona su propio yo, aún difuso e indiferenciado, con la finalidad de aclarar y descubrir el concepto de sí mismo y la propia identidad, lo cual se traduce a través del enamoramiento o de la admiración a otros. De ésta manera, el cuerpo y el esquema corporal, que es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como resultado de sus experiencias, son dos aspectos que se vinculan de manera importante en la definición del sí mismo y de la identidad. De ésta manera, el logro del autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto cambia y va integrando las concepciones que de sí mismos tienen las otras personas, grupos e instituciones, lo cual permite ir asimilando todos los valores que conforman el ambiente social. Así se construye el sentimiento de identidad como una verdadera experiencia de autoconocimiento. De aquí que para Aberastury (1994), la clave de la identidad sea dinámica, no un sistema cerrado, sino un proceso psicosocial que preserva los rasgos esenciales.

En este sentido, la autosatisfacción y la forma de conducirse dentro del perfil se dirigió más al logro de satisfactores externos que internos, para lo cual Aberastury (1994), considera que el adolescente recurre a situaciones que en ese momento le sean favorables, que no le

causen conflicto, y en esa uniformidad de conductas que encuentra con sus iguales, le brindan seguridad, lo cual da paso al proceso de identificación masiva, donde se identifican con cada uno y a la vez con todos, dándose el proceso de participación grupal. En este ir y venir, Erickson (1956), hace notar que a veces la búsqueda se torna en una identidad negativa, basada en identificaciones con figuras negativas, pero para el adolescente al fin reales, donde el argumento sería "es preferible ser alguien, tal vez perverso o indeseable, a no ser nada"

Seguidamente, se aborda dentro del perfil el Yo en sus aspectos físico, ético-moral, personal, familiar y social, donde se presentan variaciones importantes, mismas que hacen notar la influencia de los cambios que viven. Anna Freud (1974), entre otros autores como Knobel y Aberastury, considera que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera que en realidad, toda la conmoción de éste periodo debe ser considerada como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. La adolescencia más que una etapa estabilizada, es un proceso, un desarrollo, y por lo tanto sus altibajos, deben admitirse y deben comprenderse, en el contexto de la realidad humana. En este sentido el Yo en todas sus facetas, nos permite centrar la visión en el hecho de que el adolescente al sentir las modificaciones en su cuerpo, se siente invadido e impotente. El observar los cambios, le lleva a la aceptación irrenunciable de crecer y de aceptar, como lo aborda Aberastury (1994), la pérdida del cuerpo infantil, el status y rol de ser niño, así como la pérdida de los padres infantiles. Ante estos cambios internos y externos, surgen la angustia y los estados de despersonalización (estados en que el adolescente tiene una pérdida o deterioro de la consciencia personal) para no aceptar que es su propio cuerpo donde se están produciendo estos cambios y negar esa pérdida de lo infantil. Por ello, se refugia en su mundo interno, para enfrentar su futuro, construyendo su mundo en planos consciente e inconscientes. El adquirir su nuevo rol implica traer al presente, los procesos de identificación que se han llevado a cabo en la infancia, mediante la incorporación de imágenes parentales buenas y malas. El proceso de duelo, necesita tiempo para ser realmente elaborado y no tener las características de una actuación de tipo psicótico o maniaco como es considerado el intento suicida. De ahí que el proceso de entrar y salir de la adolescencia, sea tan largo y no siempre plenamente logrado, como parece apreciarse en la muestra.

Además, como ya se ha expuesto, el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidades extremas. Presenta periodos de elación, de ensimismamiento alternado con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, ansiedad, desinterés-apatía, que se suceden o son conjuntamente con conflictos afectivos, crisis religiosas en las que oscilan entre el ateísmo anárquico y el misticismo fervoroso, se llegan a procesos mentales como el intelectualismo a través de posturas filosóficas, o bien la práctica del ascetismo, en un sentido sexual sus conductas se dirigen hacia el heteroerotismo y hasta la homosexualidad ocasional, como lo contextualiza Knobel (1990) en lo que él denomina el "síndrome normal de la adolescencia".

De ésta manera, los resultados obtenidos en términos generales no difieren de los obtenidos por otros autores consultados en lo relacionado a la tentativa suicida, como lo expuesto en los trabajos de Sarró (1991), donde las personas que realizan tentativas de suicidio, mayoritariamente son mujeres, utilizan métodos pasivos, en la cual predomina la ingesta medicamentosa, suelen repertilas y suelen tener más acontecimientos estresantes centrados en su mayoría en conflictos interpersonales y por otra parte, presentan vulnerabilidad emocional relacionada con su desarrollo biográfico.

Pfeffer (1989), basándose en una revisión sobre las investigaciones hechas en preadolescentes y adolescentes hospitalizados por tentativa de suicidio, resumió algunas de las múltiples variables asociadas a la conducta suicida. Entre ellas, la elevada prevalencia y gravedad de ésta conducta, presencia de trastornos depresivos y de personalidad, sentimientos de desesperanza y preocupación sobre la muerte, problemas con la familia y los amigos, problemas de salud y antecedentes familiares de depresión y de conductas suicidas y violentas, así como la repetición de la tentativa y grados importantes de estres.

La visión teórica acerca de la tentativa suicida se ve en los resultados obtenidos, ya que en la perspectiva de Freud (1920), el suicidio era una actuación penosa, producto de la civilización y de las tendencias autodestructivas que podían estar presentes, en cierto grado (en todas las personas) convirtiéndolas en seres vulnerables al suicidio. Interpreta al suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente entre las instancias y en cuya psicodinamia intervenían sobre todo la agresión y la hostilidad contra sí mismo, al no poder exteriorizarla. Desde esta línea de pensamiento Menninger (1972), retomando el concepto de agresión, clasifica dicho componente en lo que él llama el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir, mediante los cuales, dichas tendencias autodestructivas se pueden traducir en una serie de actos que no son en general suicidas, ya que dichos componente agresivos pueden conducir a una destrucción crónica y gradual, tal es el caso del alcoholismo, la conducta antisocial, la invalidez crónica y neurótica, el ascetismo, el martirio y las psicosis y como suicidio localizado señaló las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes intencionados, la impotencia y la frigidez, así como la policirugía.

Por otra parte algo que también se dió probablemente en la población, es lo que postula Ringel (1953), que es el síndrome presuicida, cuyo proceso inicia en la infancia, y se caracteriza por un aislamiento y estrechamiento situacional, por una inhibición de la agresividad, que al no poder descargarse en los demás, se vuelve contra sí mismo, encontrando su expresión en la huida de la realidad a través de deseos de muerte y fantasías de suicidio, que en la mayoría de los sujetos (86.4%) se presentó

Retomando otros aspectos observados, en lo relacionado con lo familiar, social y religioso, K Horney (1937) plantea que la neurosis es una falla del crecimiento individual y social,

mientras que en el suicidio el fracaso es del desarrollo del Yo. El hombre no nace con tendencias innatas destructivas, si el sujeto se desarrolla en un ambiente libre de angustia y espontaneidad; sin embargo, la cultura, la religión, la política y otras fuerzas similares, cooperan con los padres o figuras paternas, para producir formas distorsionadas de autodesarrollo.

En un sentido de la concepción personal finalizaré comentando ¿Qué es lo que la persona está tratando de comprobar mediante su acción?

Por lo anterior, hablar de mayor o menor anormalidad de éste síndrome normal de la adolescencia, nos lleva en gran parte al proceso mismo de identificación que tuvo cada sujeto de la muestra, considerando sus experiencias, la autopercepción de las mismas, el significado conferido a cada una de ellas, así como la forma en que logró o ha logrado elaborar sus duelos, etc., será la forma en que cada uno de ellos logre lidiar la anormalidad del periodo adolescente.

DISCUSIÓN

Hasta qué punto y mediante qué recursos es posible terapéuticamente desviar estas nocivas tendencias autodestructivas y evitar los desastres y los sacrificios del suicidio y la tentativa suicida ?

Poco es lo que se ha hecho en materia de tratamiento y prevención con carácter institucional para responder al problema del suicidio y la tentativa suicida. Las personas que intentan autoeliminarse, una vez pasada la crisis pueden recurrir a psicoterapia, dirigidos por allegados, por sus padres o en pocos casos, por sí mismos. Pero la inmensa mayoría de las personas con intentos suicidas, tratadas psicoterapéuticamente, lo hacen de forma particular, no en instituciones. Los que son auxiliados por los servicios hospitalarios reciben el tratamiento de urgencia y se vuelven a sus casas, en su mayoría sin intervención psicológica. Y es en ello que hay que hacer énfasis.

En lo relacionado al abordaje terapéutico hay mucho y depende de los enfoques, pero de las revisiones hechas, coincidimos con el siguiente.

Una vez evaluado el riesgo de suicidio inmediato, debe programarse la modalidad terapéutica a seguir. Según Motto citado por Sarró (1991), no hay una técnica específica para tratar a los jóvenes con tentativa suicida. En estos casos, aunque la situación sea más crítica, se utilizan las mismas técnicas que para cualquier situación en crisis.

Muchas veces, si hay psicopatología severa como en la esquizofrenia, el tratamiento es múltiple y combinado con fármacos y a nivel terapéutico se considera al individuo y a la familia.

En los casos en los que no exista patología severa, consiste en un proceso psicoterapéutico a nivel individual, con una relación de apoyo y comprensión. Se debe dialogar sobre sus sentimientos de fracaso y desesperanza, así como de sus preocupaciones. Debe hacerse en un ambiente de respeto y entendimiento, sin moralizar ni vanalizar el acto suicida, tratando de buscar otras salidas que no sean la muerte. Ya que para Pfeffer (1989), es necesario un año de control posttentativa, por los riesgos que existen tan elevados de incidencia. Asimismo, debe evitarse la omnipotencia curativa del terapeuta y aceptar las propias limitaciones. La responsabilidad terapéutica debe ser compartida con la persona pseudosuicida y su familia. Un aspecto importante de la primera intervención con el/la joven pseudosuicida, es entrevistar a la familia y valorar el grado de comprensión y de reconocimiento de la crisis suicida y la capacidad para modificar la dinámica familiar habitual en esta situación de crisis. Si por parte de la familia hay resistencias a participar o a colaborar en el tratamiento, es difícil que el/ la joven puedan reconstruir su autoestima e identidad. Las actitudes de rechazo, indiferencia, negación o marcada sobreprotección, aumentan el riesgo de repetición del acto suicida. Es importante valorar el grado de proyección de los deseos frustrados de los padres en el hijo/a, o la incapacidad de los padres

de no poder separar al adolescente de sus propios conflictos internos o de pareja, proyectados en el joven con tentativa suicida.

Farberow (1969), opina que el profesional de la salud debe considerar en su abordaje terapéutico, la reparación de las relaciones intrafamiliares, la restauración de la comunicación interpersonal, la contención de los sentimientos de desesperanza, indefensión e inutilidad, y ofrecer una ayuda prolongada que debe adaptarse a los acting-out de estas edades.

De todo lo expuesto se puede decir que el suicidio es un acto voluntario para unos, síntoma de libertad individual para otros, o bien una enfermedad o un trastorno psíquico o hasta consecuencia de conflictos sociales, pero la complejidad misma de los actos suicidas, permite y obliga a seguir buscando y desarrollando los modelos causales necesarios para entender, predecir, prevenir y tratar a las personas que intentan suicidarse.

BIBLIOGRAFÍA

- *Abadi, M. et al. (1973) La Fascinación de la Muerte. Paidos: Buenos Aires, Argentina.
- *Aberastury, A. (1971) La Adolescencia Normal. Paidos: Buenos Aires, Argentina
- *Adler, A. (1972) El carácter neurótico. Paidos: Buenos Aires, Argentina.
- *Allport, G. (1961) Psicología de la Personalidad. Paidos: Buenos Aires, Argentina.
- *Bandura, A. (1980) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza: Madrid, España.
- *Bayet, A. (1922) El suicidio de la moral. Alcan: Paris, Francia.
- *Blos, P. (1973) Los comienzos de la adolescencia. Amorrortu: Buenos Aires, Argentina.
- *Blos, P. (1980) Psicoanálisis de la Adolescencia. Joaquín Mortiz: México.
- *Bianchi, A. (1986) Psicología de la Adolescencia. De sus conflictos y armonías. Troquel: Buenos Aires, Argentina.
- *Burns, R B. (1977) "The self-concept and its relevance to academic achievement" in Child Reading in Boys Colegy for the Teacher Holt. Nueva York.
- *Combs, A. et al. (1963) La medición del autoconcepto y el auto-reporte. Kapelusz. Buenos Aires, Argentina.
- *Cueli, J. (1990) Teorías de la Personalidad. Trillas: México.
- *Durkheim, E. (1987) El Suicidio Premia: México.
- *Elorza, H. (1987) Estadística para ciencias del comportamiento. Harla S.A.: México.
- *Erickson, E. (1956) The problem of the ego identy. Journal Psychoanal, 4 Pag 56.
- *Erickson, E. (1976) Infancia y Sociedad. Paidos: Barcelona, España.
- *Farberow, N L., et al. (1969) Necesito Ayuda. Estudio sobre el Suicidio y su prevención Prensa Mexicana: México.
- *Freud, A. (1974) El Yo y los Mecanismos de Defensa. Paidos: Buenos Aires, Argentina
- *Freud, S. (1992) Duelo y Melancolía. Obras Completas, Vol II. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina

- *Freud, S. (1933) Collected Papers. Vol II. Londres, Inglaterra.
- *Freud, S. (1973) Contribuciones al Simposium sobre Suicidio. Obras Completas, Vol II. Biblioteca Nueva Madrid, España.
- *Fromm, E. (1976) El miedo a la Libertad. Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- *Fitts, W.H. (1965) Escala de Autoconcepto de Tennessee. Manual. Nashville, Tennessee. Departamento de Salud Mental.
- *Frías, C. (1991) "Estudio correlativo entre la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Diferencial Semántico de Jorge La Rosa". UNAM.
- *García-Quintero (1995) "Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en estudiantes de Ciudad Universitaria." UNAM
- *González, J., et al. (1993) Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes Trillas: México.
- *Gutiérrez, H. (1989) "Estudio de autoconcepto materno." UNAM
- *Hall, C. S. (1984) La Teoría del Sí mismo y la Personalidad. Paidós: México.
- *Hobbes, T. (1979) Leviatan. Nacional: Madrid, España.
- *Horney, K. (1937) La Personalidad Neurótica. Norton: Nueva York. Estados Unidos de América.
- *Horney, K. (1950) La neurosis y el crecimiento humano. Norton: Nueva York. Estados Unidos de América.
- *Inhelder B. & Piaget, J. (1958) El crecimiento lógico: desde el niño hasta la adolescencia. A. Parsons & S. Milgrams, Trans. Nueva York. Basic Books.
- *Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, I.N.E.G.I. México, 1993 y 1995
- *Israel, T. (1990) "Autoconcepto en Adolescentes " UNAM.
- *Kernberg, O.F (1987) La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico. Paidós: México
- *Lafarge, C. y Gómez J. (1978) Desarrollo del potencial humano Aportaciones de un Psicología Humanista. Trillas: México.

- *Lagunes, J. (1995) "El suicidio en Adolescentes." UNAM
- *Lara, B. (1974) El Suicidio en México. Revista de Neurología, VIII (3).
- *La Rosa, J. (1986) "Escala de locus de control y autoconcepto: construcción y validación" UNAM. Tesis Doctoral.
- *Lebovici, S. (1995) Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Biblioteca Nueva: Madrid, España. Tomo VII.
- *Levin, J. (1979) Fundamentos de estadística en la Investigación Social. Harla: México.
- *Lindzey, G. et al. (1982) Teorías de la Personalidad. Limusa: México.
- *Magaña, M. (1988) "Autoconcepto, Adolescencia y Familia." UNAM.
- *Margain, C. (1978) "Estudio de algunos factores de la conducta suicida en tres instituciones hospitalarias del D.F." UNAM.
- *Matus, C. (1990) "El Adolescente Suicida. Factores Psicológicos y sociales que influyen en su desición" UNAM.
- *Mead, G. H. (1973) Espíritu, persona y sociedad. Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- *Méndez, I., et al. (1990) El Protocolo de Investigación. Trillas: México
- *Menninger, K. (1972) El hombre contra sí mismo. Península: Barcelona, España. N° 93.
- *Morgan, H.G. (1979) ¿Deseos de Muerte?. Fondo de Cultura Económica. México. Breviario # 334.
- *Musitu, G. et al., (1982) Autoconcepto: una introducción a esta variable intermedia. Revista de Psicología, Pedagogía y Filosofía. IV (1). Madrid, España.
- *Navarro, R. (1995) "Fantasías de Suicidio en Adolescentes depresivos y no depresivos." UNAM.
- *Neisser, U. (1981) Procesos cognitivos y realidad. Principios e implicaciones de la Psicología Cognitiva. Morata: Madrid, España.
- *Oñate, M (1989) El Autoconcepto. Narcea Editores: Madrid, España.
- *Overholser, J. et. al. (1995) "Déficits de la autoestima y tendencias suicidas entre adolescentes". Julio, Volumen 34 (7), páginas 919-928. PsycLit-U.N.A.M.

- *Pinzón, M (1971) "Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida en niños." UNAM.
- *Pfeffer, C.R. (1989) "Studies of suicidal preadolescents and adolescents inpatients: A critique of research methods" in Strategies for studying suicide and suicidal behavior. Nueva York. Ed. Guilford
- *Ramírez, S. (1974) Infancia es Destino. Siglo XXI: México.
- *Ringel, E. (1973). "The pre-suicidal syndrome". In *Psiquiatría Fenica Revista*. II.
- *Rodríguez, M. (1963). El suicidio en México, D.F. Biblioteca de Ensayos Sociológicos, U.N.A.M. México.
- *Rogers, C.R. (1985) El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica. Paidós: México.
- *Rosenberg, M. (1979) La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad. Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- *Sarró, Blanca, et al. (1991) Los Suicidios. Martínez Roca (Planeta): Barcelona, España.
- *Skinner, B.F. (1977) Ciencia y Conducta Humana. Fontanella: Barcelona, España.
- *Staats, A. W. (1968) Conductismo Social. Manual Moderno. México.
- *Stengel, E. (1978) Psicología del Suicidio y los Intentos del Suicidio. Horme: Buenos Aires, Argentina.
- *Sullivan, H.S (1989) Teoría Interpersonal de la Psiquiatría. Norton: Nueva York.
- *Wilde, D., et al. (1993) "La especificidad de las características psicológicas de adolescentes con intento suicida". Junio, Volúmen 32, páginas 51-59. *PsycLit*- U.N.A.M.

ANEXO

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA MEXICANA.
M. GUADALUPE GARCÍA ARELLANO Y F. DANIEL QUINTERO VARGAS

INSTRUCCIONES:

EN LA HOJA DE RESPUESTAS QUE SE ENCUENTRA POR SEPARADO, EN EL CUADRO SUPERIOR PON TU NOMBRE Y LA OTRA INFORMACIÓN SOLICITADA, EXCEPTO LOS DATOS SOBRE TIEMPO, MÁS TARDE LLENARAS ESTOS ESPACIOS ESCRIBE ÚNICAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO PONGAS NINGUNA MARCA EN ESTE CUADERNILLO.

LAS AFIRMACIONES DE ESTE CUADERNILLO ESTÁN PARA AYUDAR A DESCRIBIRTE COMO TU MISMO TE VES. POR FAVOR RESPONDELAS COMO SI TE DESCRIBIERAS ANTE TI MISMO Y NO ANTE NINGUNA PERSONA. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACIÓN LEE CUIDADOSAMENTE CADA UNA, DESPUÉS SELECCIONA UNA DE LAS CINCO OPCIONES DE RESPUESTA, ENCIERRA EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE HAYAS ELEGIDO SI DESEAS CAMBIAR UNA RESPUESTA DESPUÉS DE HABERLA ENCERRADO EN UN CÍRCULO, NO BORRES PON UNA X SOBRE LA RESPUESTA Y DESPUÉS ENCIERRA EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE DESEAS

CUANDO ESTÉS LISTO PARA COMENZAR, LOCALIZA EN TU HOJA DE RESPUESTAS EL ESPACIO MARCADO COMO "HORA DE INICIO" Y ANOTA LA HORA. CUANDO TERMINES ANOTA LA HORA FINAL EN EL ESPACIO DE TU HOJA DE RESPUESTAS MARCADO COMO "HORA DE TERMINACIÓN".

RECUERDA, ENCIERRA EN UN CÍRCULO UN NUMERO DE RESPUESTA PARA CADA AFIRMACIÓN.

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

ENCONTRARAS LOS NÚMEROS DE RESPUESTA REPETIDOS EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA PÁGINA PARA AYUDARTE A RECORDARLAS

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
1 Gozo de buena salud	1
3 Soy una persona atractiva	3
5 Me considero una persona sucia	5
19 Soy una persona decente	19
21 Soy una persona honrada	21
23 Soy una mala persona	23
37 Soy una persona animada	37
39 Soy una persona calmada y tolerante	39
41 Soy un don nadie	41
55 Tengo una familia que siempre puede ayudarme en cualquier tipo de problema	55
57 Soy miembro de una familia feliz	57
59 Mis amigos no tienen confianza en mí	59
73 Soy una persona amigable	73
75 Soy una persona popular con los hombres	75
77 Me es indiferente lo que hacen otras personas	77
91 Me es difícil decir la verdad	91
93 Algunas veces me enojo	93

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
2 Me gusta mostrarme agradable y limpio todo el tiempo	2
4 Estoy lleno de achaques y dolores	4
6 Soy una persona enferma	6
20 Soy una persona religiosa	20
22 Soy un fracaso moral	22
24 Soy una persona moralmente débil	24
38 Tengo mucho control sobre mí mismo	38
40 Soy una persona odiosa	40
42 Me estoy volviendo loco	42
56 Soy una persona importante para mi familia y mis amigos	56
58 Mi familia no me ama	58
60 Siento que mi familia no confía en mí	60
74 Soy popular entre las mujeres	74
76 Soy malo (a) con todo el mundo	76
78 Me es difícil ser amable	78
92 Algunas veces pienso cosas tan malas como para hablar de ellas	92
94 Algunas veces, cuando no me siento bien me enojo	94

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
7 Ni soy gordo, ni soy flaco	7
9 Me gusta mi apariencia física	9
11 Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	11
25 Me siento a gusto con mi conducta moral	25
27 Estoy satisfecho de mi relación con Dios	27
29 Debo ir más a la iglesia	29
43 Estoy satisfecho en ser justo lo que soy.....	43
45 Soy tan alegre como debería ser	45
47 Me desprecio a mi mismo.....	47
61 Estoy satisfecho con mis relaciones familiares	61
63 Entiendo a mi familia tan bien como debería	63
65 Debería confiar más en mi familia	65
79 Soy tan sociable como quiero ser	79
81 Trato de agradar a otros pero no exagero	81
83 Desde el punto de vista social, no soy bueno del todo	83
95 Me desagradan algunas personas que conozco	95
97 Algunas veces me río de chistes "colorados"	97

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

Item
No.

- 8 Ni soy demasiado bajo, ni demasiado alto
- 10 Debería sentirme mejor
- 12 Debería tener más atractivo sexual (sex appeal)
- 26 Me siento bien con mi religión tal como la practico
- 28 Deseo ser más digno de confianza
- 30 Debería evitar decir tantas mentiras
- 44 Estoy satisfecho con mi inteligencia
- 46 Me gustaría ser una persona distinta
- 48 Desearía no renunciar tan fácilmente como lo hago
- 62 Trato a mis padres tan bien como debiera (usa la forma pasada si tus padres ya no viven)
- 64 Soy demasiado sensible con las cosas que dice mi familia
- 66 Debería querer más a mi familia
- 80 Estoy satisfecho en mi trato con otras personas
- 82 Debería ser más cortés con los demás
- 84 Debo llevarme mejor con otras personas
- 96 Algunas veces chismoseo un poco
- 98 Algunas veces me gusta decir groserías

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
13 Me gusta cuidarme físicamente.....	13
15 Trato de ser cuidadoso con mi apariencia	15
17 A menudo actúo torpemente	17
31 Soy fiel a mi religión en mi vida diaria	31
33 Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo cosas que están mal	33
35 Algunas veces hago cosas muy malas	35
49 En cualquier situación puedo cuidarme	49
51 Me siento culpable por cosas sin importancia	51
53 Hago cosas sin pensar antes acerca de ellas	53
67 Trato de ser amable con mi familia y mis amigos	67
69 Tengo verdadero interés en mi familia	69
71 Cedó ante mis padres (usa la forma pasada si tus padres ya no viven)	71
85 Trato de entender los distintos puntos de vista de otros compañeros	85
87 Me llevo bien con otras personas	87
89 Me es difícil perdonar a los demás	89
99 Prefiero ganar a perder un juego	99

COMPLETAMENTE FALSO	MÁS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MÁS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

Item
No.

14	La mayor parte del tiempo me siento bien	14
16	Soy malo en juegos y deportes	16
18	Duermo mal	18
32	La mayoría de las veces lo que hago está bien	32
34	Algunas veces utilizo medios injustos para obtener ventaja ..	34
36	Tengo dificultad al esforzarme para hacer que las cosas sean correctas	36
50	Mis problemas los resuelvo fácilmente	50
52	Cambio mucho mis ideas	52
54	Trato de escapar de mis problemas	54
68	Hago mi parte del quehacer en el hogar	68
70	Peleo con mi familia	70
72	Debería actuar como mi familia piensa que es correcto	72
86	Veo buenas cualidades en toda la gente que conozco	86
88	Me siento incomodo con otras personas	88
90	Me es difícil hablar con extraños	90
100	Algunas veces dejo para mañana lo que debería hacer hoy	100

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN A POBLACIÓN UNIVERSITARIA
 MA. GUADALUPE GARCÍA ARELLANO
 FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5

7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5

NOMBRE		ESTADO		ESCALA AUTOCONCEPTO	
OCCUPACION ACTUAL		ESTADO CIVIL		NÚMERO DE AÑOS	
		VEHICULO		NÚMERO DE TENSORES	
		M		TIEMPO TOTAL	

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN A POBLACIÓN UNIVERSITARIA
 MA. GUADALUPE GARCIA ARELLANO
 FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE HOJA DE PUNTUACION FORMA CLINICA Y DE INVESTIGACION

NOMBRE	TOMO	SEXO M F	FECHA	ESTADO CIVIL	EDUCACION NIVEL DE ESTUDIOS	HORA DE INICIO DE TRABAJO	HORA DE TERMINACION	TIEMPO TOTAL

COLUMNA A Yo Fallo	COLUMNA B Yo Esio-Morri	COLUMNA C Yo Personal	COLUMNA D Yo Familiar	COLUMNA E Yo Social	AUTOCRITICA				
						P	N	P	N
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1				
2-2	2-2	2-2	2-2	2-2	2-2				
3-3	3-3	3-3	3-3	3-3	3-3				
4-4	4-4	4-4	4-4	4-4	4-4				
5-5	5-5	5-5	5-5	5-5	5-5				
6-6	6-6	6-6	6-6	6-6	6-6				
7-7	7-7	7-7	7-7	7-7	7-7				
8-8	8-8	8-8	8-8	8-8	8-8				
9-9	9-9	9-9	9-9	9-9	9-9				
10-10	10-10	10-10	10-10	10-10	10-10				
11-11	11-11	11-11	11-11	11-11	11-11				
12-12	12-12	12-12	12-12	12-12	12-12				
13-13	13-13	13-13	13-13	13-13	13-13				
14-14	14-14	14-14	14-14	14-14	14-14				
15-15	15-15	15-15	15-15	15-15	15-15				
16-16	16-16	16-16	16-16	16-16	16-16				
17-17	17-17	17-17	17-17	17-17	17-17				
18-18	18-18	18-18	18-18	18-18	18-18				
19-19	19-19	19-19	19-19	19-19	19-19				
20-20	20-20	20-20	20-20	20-20	20-20				
21-21	21-21	21-21	21-21	21-21	21-21				
22-22	22-22	22-22	22-22	22-22	22-22				
23-23	23-23	23-23	23-23	23-23	23-23				
24-24	24-24	24-24	24-24	24-24	24-24				
25-25	25-25	25-25	25-25	25-25	25-25				
26-26	26-26	26-26	26-26	26-26	26-26				
27-27	27-27	27-27	27-27	27-27	27-27				
28-28	28-28	28-28	28-28	28-28	28-28				
29-29	29-29	29-29	29-29	29-29	29-29				
30-30	30-30	30-30	30-30	30-30	30-30				
31-31	31-31	31-31	31-31	31-31	31-31				
32-32	32-32	32-32	32-32	32-32	32-32				
33-33	33-33	33-33	33-33	33-33	33-33				
34-34	34-34	34-34	34-34	34-34	34-34				
35-35	35-35	35-35	35-35	35-35	35-35				
36-36	36-36	36-36	36-36	36-36	36-36				
37-37	37-37	37-37	37-37	37-37	37-37				
38-38	38-38	38-38	38-38	38-38	38-38				
39-39	39-39	39-39	39-39	39-39	39-39				
40-40	40-40	40-40	40-40	40-40	40-40				
41-41	41-41	41-41	41-41	41-41	41-41				
42-42	42-42	42-42	42-42	42-42	42-42				
43-43	43-43	43-43	43-43	43-43	43-43				
44-44	44-44	44-44	44-44	44-44	44-44				
45-45	45-45	45-45	45-45	45-45	45-45				
46-46	46-46	46-46	46-46	46-46	46-46				
47-47	47-47	47-47	47-47	47-47	47-47				
48-48	48-48	48-48	48-48	48-48	48-48				
49-49	49-49	49-49	49-49	49-49	49-49				
50-50	50-50	50-50	50-50	50-50	50-50				
51-51	51-51	51-51	51-51	51-51	51-51				
52-52	52-52	52-52	52-52	52-52	52-52				
53-53	53-53	53-53	53-53	53-53	53-53				
54-54	54-54	54-54	54-54	54-54	54-54				
55-55	55-55	55-55	55-55	55-55	55-55				
56-56	56-56	56-56	56-56	56-56	56-56				
57-57	57-57	57-57	57-57	57-57	57-57				
58-58	58-58	58-58	58-58	58-58	58-58				
59-59	59-59	59-59	59-59	59-59	59-59				
60-60	60-60	60-60	60-60	60-60	60-60				
61-61	61-61	61-61	61-61	61-61	61-61				
62-62	62-62	62-62	62-62	62-62	62-62				
63-63	63-63	63-63	63-63	63-63	63-63				
64-64	64-64	64-64	64-64	64-64	64-64				
65-65	65-65	65-65	65-65	65-65	65-65				
66-66	66-66	66-66	66-66	66-66	66-66				
67-67	67-67	67-67	67-67	67-67	67-67				
68-68	68-68	68-68	68-68	68-68	68-68				
69-69	69-69	69-69	69-69	69-69	69-69				
70-70	70-70	70-70	70-70	70-70	70-70				
71-71	71-71	71-71	71-71	71-71	71-71				
72-72	72-72	72-72	72-72	72-72	72-72				
73-73	73-73	73-73	73-73	73-73	73-73				
74-74	74-74	74-74	74-74	74-74	74-74				
75-75	75-75	75-75	75-75	75-75	75-75				
76-76	76-76	76-76	76-76	76-76	76-76				
77-77	77-77	77-77	77-77	77-77	77-77				
78-78	78-78	78-78	78-78	78-78	78-78				
79-79	79-79	79-79	79-79	79-79	79-79				
80-80	80-80	80-80	80-80	80-80	80-80				
81-81	81-81	81-81	81-81	81-81	81-81				
82-82	82-82	82-82	82-82	82-82	82-82				
83-83	83-83	83-83	83-83	83-83	83-83				
84-84	84-84	84-84	84-84	84-84	84-84				
85-85	85-85	85-85	85-85	85-85	85-85				
86-86	86-86	86-86	86-86	86-86	86-86				
87-87	87-87	87-87	87-87	87-87	87-87				
88-88	88-88	88-88	88-88	88-88	88-88				
89-89	89-89	89-89	89-89	89-89	89-89				
90-90	90-90	90-90	90-90	90-90	90-90				
91-91	91-91	91-91	91-91	91-91	91-91				
92-92	92-92	92-92	92-92	92-92	92-92				
93-93	93-93	93-93	93-93	93-93	93-93				
94-94	94-94	94-94	94-94	94-94	94-94				
95-95	95-95	95-95	95-95	95-95	95-95				
96-96	96-96	96-96	96-96	96-96	96-96				
97-97	97-97	97-97	97-97	97-97	97-97				
98-98	98-98	98-98	98-98	98-98	98-98				
99-99	99-99	99-99	99-99	99-99	99-99				
100-100	100-100	100-100	100-100	100-100	100-100				

Nivel 1 Conducta (Como el o ella actua)	
P	N
1-1	1-1
2-2	2-2
3-3	3-3
4-4	4-4
5-5	5-5
6-6	6-6
7-7	7-7
8-8	8-8
9-9	9-9
10-10	10-10
11-11	11-11
12-12	12-12
13-13	13-13
14-14	14-14
15-15	15-15
16-16	16-16
17-17	17-17
18-18	18-18
19-19	19-19
20-20	20-20
21-21	21-21
22-22	22-22
23-23	23-23
24-24	24-24
25-25	25-25
26-26	26-26
27-27	27-27
28-28	28-28
29-29	29-29
30-30	30-30
31-31	31-31
32-32	32-32
33-33	33-33
34-34	34-34
35-35	35-35
36-36	36-36
37-37	37-37
38-38	38-38
39-39	39-39
40-40	40-40
41-41	41-41
42-42	42-42
43-43	43-43
44-44	44-44
45-45	45-45
46-46	46-46
47-47	47-47
48-48	48-48
49-49	49-49
50-50	50-50
51-51	51-51
52-52	52-52
53-53	53-53
54-54	54-54
55-55	55-55
56-56	56-56
57-57	57-57
58-58	58-58
59-59	59-59
60-60	60-60
61-61	61-61
62-62	62-62
63-63	63-63
64-64	64-64
65-65	65-65
66-66	66-66
67-67	67-67
68-68	68-68
69-69	69-69
70-70	70-70
71-71	71-71
72-72	72-72
73-73	73-73
74-74	74-74
75-75	75-75
76-76	76-76
77-77	77-77
78-78	78-78
79-79	79-79
80-80	80-80
81-81	81-81
82-82	82-82
83-83	83-83
84-84	84-84
85-85	85-85
86-86	86-86
87-87	87-87
88-88	88-88
89-89	89-89
90-90	90-90
91-91	91-91
92-92	92-92
93-93	93-93
94-94	94-94
95-95	95-95
96-96	96-96
97-97	97-97
98-98	98-98
99-99	99-99
100-100	100-100

Nivel 2 Autosatisfacción (Cuanto el o ella se acepta)	
P	N
1-1	1-1
2-2	2-2
3-3	3-3
4-4	4-4
5-5	5-5
6-6	6-6
7-7	7-7
8-8	8-8
9-9	9-9
10-10	10-10
11-11	11-11
12-12	12-12
13-13	13-13
14-14	14-14
15-15	15-15
16-16	16-16
17-17	17-17
18-18	18-18
19-19	19-19
20-20	20-20
21-21	21-21
22-22	22-22
23-23	23-23
24-24	24-24
25-25	25-25
26-26	26-26
27-27	27-27
28-28	28-28
29-29	29-29
30-30	30-30
31-31	31-31
32-32	32-32
33-33	33-33
34-34	34-34
35-35	35-35
36-36	36-36
37-37	37-37
38-38	38-38
39-39	39-39
40-40	40-40
41-41	41-41
42-42	42-42
43-43	43-43
44-44	44-44
45-45	45-45
46-46	46-46
47-47	47-47
48-48	48-48
49-49	49-49
50-50	50-50
51-51	51-51
52-52	52-52
53-53	53-53
54-54	54-54
55-55	55-55
56-56	56-56
57-57	57-57
58-58	58-58
59-59	59-59
60-60	60-60
61-61	61-61
62-62	62-62
63-63	63-63
64-64	64-64
65-65	65-65
66-66	66-66
67-67	67-67
68-68	68-68
69-69	69-69
70-70	70-70
71-71	71-71
72-72	72-72
73-73	73-73
74-74	74-74
75-75	75-75
76-76	76-76
77-77	77-77
78-78	78-78
79-79	79-79
80-80	80-80
81-81	81-81
82-82	82-82
83-83	83-83
84-84	84-84
85-85	85-85
86-86	86-86
87-87	87-87
88-88	88-88

HOJA DE TRABAJO DE LA FORMA CLINICA Y DE INVESTIGACION

DISTRIBUCION DE RESPUESTAS		ESCALAS EMPIRICAS					TOTALES DE HILERAS														
<p>NOTA: Use las puntuaciones de la Hoja de Respuestas para determinar el número de la Hoja de Puntuación al determinar esta distribución.</p> <p>En los ítems 1-90 número de $\frac{3\%}{2\%} + \frac{3\%}{2\%} + \frac{3\%}{2\%} = 90$</p> <p>$V/Fz = \dots + \dots = \dots$</p> <p>En los ítems 91-100 número de $\frac{4\%}{3\%} + \frac{4\%}{3\%} + \frac{4\%}{3\%} = 100$</p> <p>Número total de $\frac{5\%}{4\%} + \frac{5\%}{3\%} + \frac{5\%}{2\%} = 100$</p> <p>Número total de $\dots + \dots + \dots + \dots = \dots$</p>		<p>DPo = \dots</p> <p>MG = \dots</p> <p>PsI = $(100 + \dots) - (\dots) = \dots$</p> <p>DPe = \dots</p> <p>N = \dots</p> <p>IP = \dots</p>					<p>Prentada de Columna IP+N</p> <p>Hilera 1 \dots</p> <p>Hilera 2 \dots</p> <p>Hilera 3 \dots</p> <p>TOTAL P+N</p>					<p>Coeficiente Neto IP-N</p> <p>13 (3,6)</p> <p>17 (4,2)</p> <p>14 (4,3)</p> <p>TOTAL NETO</p> <p>COMPLECTO TOTAL</p>					<p>Variables Propuestas de P+N</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>=</p> <p>V Total Hilera</p> <p>+</p> <p>V TOTAL COLUMNA</p>				
TOTALES DE COLUMNAS		Columna A	Columna B	Columna C	Columna D	Columna E															
Prentada de Columna IP+N	5	5	5	5	5	5															
Coeficiente Neto IP-N	5 (4,0)	5 (4,3)	5 (4,3)	5 (4,4)	5 (4,4)	5 (4,8)															
Coeficiente Neto IP-NP	5 (2,8)	5 (2,8)	5 (3,0)	5 (3,1)	5 (3,1)	5 (3,0)															
Variables Propuestas de P+N	+	+	+	+	+	+															

* IP-N = Prentada de la suma de valor absoluto de P-N. La suma se es algebraico (sin considerar el signo menos).

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE
 WILLIAM H. FITTS, Ph D
 MA. GUADALUPE GARCIA ARELLANO
 FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

HOJA DE SERIIL PARA ADULTOS

FORMA CLINICA Y DE INVESTIGACION

Nombre _____

ADAPTACION Y ESTANDARIZACION A POBLACION UNIVERSITARIA. MA. GUADALUPE GARCIA ARELLANO, FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

Puntajes	Item	Criterio	V/F	CONFLICTO	PUNTAJES POSITIVOS					DISTRIBUCION	ESCALAS EMERICAS	IP	NSD	Puntajes
					HILAS	COLUMNAS	Y	T	DIST					
0														0
5														5
10														10
15														15
20														20
25														25
30														30
35														35
40														40
45														45
50														50
55														55
60														60
65														65
70														70
75														75
80														80
85														85
90														90
95														95
100														100

Puntajes Naturales
 Límites del Área
 Límites del Área
 Puntajes Naturales
 *Nota que las puntuaciones reducidas de las escalas empíricas de Mo, De², y N° se presentan en orden inverso, puesto que puntuaciones reducidas bajas se coeorden con puntuaciones T altas