

174



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“LAS FUNCIONES DEL YO DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO”

T E S I S

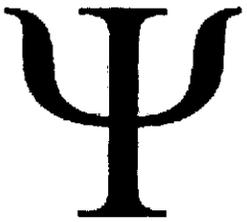
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARIA SANDRA SALAZAR MARTINEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.
DIRECTORA REVISORA: LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA.
ASESOR METODOLOGICO: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD.

SINODALES: DRA. TERESA GUERRA TEJADA.
LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD
LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

MÉXICO, D. F.

2000



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.

283616



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A MIS PADRES

ESTHELA Y PABLO

Gracias por su apoyo y ejemplo que a cada instante me han brindado.
Por su confianza, comprensión y amor.
Por formar parte de mis anhelos, aspiraciones y logros.
Y por ser la motivación más grande mi vida.

A MIS HERMANOS

Por el cariño que nos ha unido en los momentos más difíciles, pero especialmente a Lety por sus palabras de aliento que me impulsaron para conseguir esta meta.

A la Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo, por su valiosa dedicación, enseñanza y guía.

A la Mtra. Martha Cuevas Abad, por su sabiduría y apoyo.

Al “Proyecto para optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico”, que me trazó el camino a seguir.

***...SIEMPRE ES POSIBLE SUPERARSE NO IMPORTANDO
QUÉ TAN ALTO SE HAYA LLEGADO***

INDICE	PÁGS.
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4-5
CAPITULO I	
ADOLESCENCIA	
CONCEPTO	7
ANNA FREUD	8
ERICK ERIKSON	11
PETER BLOS	13
ARMINDA ABERASTURY	20
CAPITULO II	
LA PSICOLOGÍA DEL YO	
ASPECTOS HISTÓRICOS	25
CONCEPTO DEL YO	26
DESARROLLO DEL YO	28
OTROS ASPECTOS IMPORTANTES DEL DESARROLLO DEL YO	29
FUNCIONES DEL YO DESDE DIVERSOS AUTORES	33
OTROS AUTORES	37
CAPITULO III	
DEPRESIÓN Y SUICIDIO	
CONCEPTO DE DEPRESIÓN	42
CUADRO CLÍNICO	43
CAUSAS GENERALES	45
DEPRESIÓN Y DESARROLLO	46
DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	47
RELACIÓN DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA	52
SUICIDIO	53
FACTORES DE RIESGO SUICIDA	61
INVESTIGACIONES	63

CAPITULO IV	
MÉTODO	69
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	76
HIPÓTESIS	70
VARIABLES	73
POBLACIÓN	74
MUESTRA	74
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	74
TÉCNICA DE MUESTREO	75
DISEÑO	75
INSTRUMENTO	75
ESCENARIO	78
PROCEDIMIENTO	78
CAPITULO V	79
ANÁLISIS DE RESULTADOS	80
CAPITULO VI	93
DISCUSIÓN	94
CONCLUSIÓN	109
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	113
REFERENCIAS	114
ANEXO	118

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer si diferían las funciones del Yo de las adolescentes ~~del sexo femenino con~~ intento de suicidio en comparación con aquellas que no lo han intentado con la presencia de un trastorno depresivo.

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", durante el periodo correspondiente a los meses de Junio a Noviembre de 1998. La muestra comprendió a 22 adolescentes, conformadas en dos grupos independientes: 16 con intento de suicidio; y cuyo diagnóstico psiquiátrico fue un trastorno depresivo; de un rango de edad de trece a diecisiete años de edad.

Se aplicó el Cuestionario para la Evaluación de las funciones del Yo de Bellak y Goldsmith; de manera individual y una breve entrevista, misma que permitió conocer la edad, escolaridad, religión, entre otros datos.

Se realizó un estudio de carácter Exploratorio, Comparativo, Ex post facto y Transversal. Exploratorio, ya que se tiene poco conocimiento respecto a las funciones del Yo en la población adolescente; Ex post facto, dado que no se manipularon directamente las variables; Transversal y Comparativo, porque se midió una vez a dos grupos independientes.

El análisis estadístico realizado fue mediante el Paquete Estadístico SPSS, llevándose a cabo un análisis descriptivo, mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para las variables categóricas (edad, escolaridad, etc.) Además se obtuvo la U de Mann-Whitney, para cada una de las doce funciones del Yo, de las cuales dos fueron significativas: Juicio y Regresión Adaptativa al Servicio del Yo, en donde el grupo de intento de suicidio obtiene una media mayor.

La edad promedio para el grupo con tentativa suicida fue de 15 años 7 meses. La escolaridad promedio fue 3°. de secundaria. La familia predominante fue del tipo Biparental Disfuncional (35.5%), conformadas mayormente por cinco miembros de familia (25%), siendo las primeras hijas de familia (31.3%). La religión predominante fue la Católica en el 66.8%. El diagnóstico psiquiátrico fue el Trastorno Depresivo Mayor (31.3%). La forma de intentar el suicidio fue la ingesta de pastillas en el 68.8% de los casos. Los motivos para llevar a cabo el intento de suicidio fueron diversos, predominando el No sentirse queridas a sí mismas ni por la familia (87.5%). En cuanto al número de intentos previos, sólo lo habían intentado en una ocasión (43.8%), siendo el motivo de ingreso a la Institución. Su incidencia en que se presentaron los casos, fue variable marcándose en el mes de Agosto (31.3%). Hubo presencia de ideación suicida en el 87.5% de los casos. En cuanto al evento predominante antes de adolescencia fue la separación de sus padres (50%).

En el grupo de adolescentes con la presencia de un trastorno depresivo, la edad promedio fue 16 años. La escolaridad promedio fue 3° de secundaria. La familia predominante fue Desintegrada (50%). En cuanto al número de integrantes de familia, los datos fueron imprecisos en el 50% de los casos. El lugar que ocupan en la familia estuvo dividido en únicas y primeras hijas en el 50% respectivamente. La religión mayormente practicada fue la Católica en el 66.7%. El trastorno depresivo predominante fue el Depresivo Mayor en el 50%. Hubo presencia de ideas de muerte en el 83.3% de los casos presentados. El evento mayormente presentado antes de la adolescencia fue la separación de sus padres (50%).

INTRODUCCION

La adolescencia es un periodo del ciclo vital, reconocida como una etapa de desarrollo del ser humano, acompañada de amplias fluctuaciones de la conducta, por un desequilibrio entre el Yo y el Ello, que intensifica el proceso del crecer. Este periodo evolutivo marca una serie de peculiaridades como la crisis de identidad del Yo, la búsqueda de la autonomía de los padres, el duelo por el cuerpo y rol infantil, etc; que conlleva una serie de dificultades inherentes a dicha etapa. En ésta se intensifican ciertas conductas, como rebeldía, timidez, impulsividad, etc. que muchas veces son consideradas “normales” o bien como “patológicas”, sin embargo, el adolescente vive esta etapa como llena de contradicciones, sentimientos de soledad, enfrentamiento con los padres, entre otras situaciones, que aunadas a una historia problemática como pérdida de sus padres, familia desintegrada, maltrato, abandono o constantes rupturas familiares y amorosas, generan una crisis en el Yo, que se agrava en la depresión y en el intento de suicidio.

La depresión en la adolescencia, constituye una constante amenaza de pérdida objetal y una sacudida de sus cimientos narcisistas (pérdida de la quietud del cuerpo, de la estabilidad de la imagen corporal, de la bisexualidad potencial y la pérdida del objeto edípico) que influyen notablemente. La depresión, se caracteriza por una disminución del amor propio, en relación con la pérdida objetal, como resultado de un conflicto intrapsíquico entre un Superyó primitivo y un Yo desvalido. (Arieti & Bemporad, 1978) Por ello, la suma de estas experiencias, hace que algunos de ellos busquen la autodestrucción siendo la señal más evidente el suicidio o su intento.

Menninger (1972), afirma que el intento de suicidio, es una agresión al exterior que por motivos diversos se vuelve contra el Yo, como forma de matar o vengarse del ambiente que lo arremete y según el adolescente le ha originado esta resolución desesperada para solucionar sus conflictos. Por su parte, para Farberow & Shneidman (1969), la conducta suicida implica una psicodinamia consciente e inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo a las características peculiares del Yo.

En los países en que han realizado estudios estadísticos sobre la depresión en la adolescencia, indican que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. En Estados Unidos, la proporción es de 180 mujeres por 100 hombres de los cuales, la mayor proporción termina con el suicidio (Bleichmar, 1995). En Japón y Austria, el nivel anual de suicidios logrados llega aproximadamente a 23 por cada 100 000 habitantes. La frecuencia en Estados Unidos de América, es más o menos de 10 por 100 000, y figura en décimo lugar como causa de muerte. Entre los adolescentes, constituye la segunda causa de muerte (Kolb, 1992). En México, durante 1997, según el INEGI, se cometieron 2, 459 suicidios y 340 intentos, de los cuales 143 fueron realizados por hombres y 197 por parte de las mujeres; no incluyendo la información de los casos registrados en el Distrito Federal. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, sede de esta investigación en el año de 1997, se registraron 32 intentos de suicidio sólo en la población femenina hospitalizada.

Esto nos revela que tanto la depresión como el intento de suicidio en la adolescencia cada vez son más frecuentes, y dada su complejidad permite y obliga su atención psicológica. Por lo que coincidiendo con Bellak (1993), quien afirma que el conocimiento de las funciones yoicas tiene gran importancia decisiva en el trabajo psicoterapéutico en la adolescencia. El cual permite reconocer, conservar e incrementar las funciones normales de cada una de las etapas de la adolescencia sin acelerar el desarrollo de las funciones correspondientes a la etapa subsecuente.

Por lo anterior, esta investigación, está enfocada hacia el conocimiento del funcionamiento del Yo de adolescentes del sexo femenino con intento de suicidio en comparación con adolescentes del mismo sexo con la presencia de un trastorno depresivo sin intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro". En la revisión realizada no se encontraron estudios sobre el tema, razón por demás justificada para realizar éste estudio para obtener nuevos conocimientos sobre el tema, y así contribuir como una herramienta más para todos los profesionales de la salud mental y elementos para un adecuado tratamiento psicoterapéutico en esta población y encaminar la búsqueda de alternativas para la solución de la conducta suicida, a fin de evitar su reincidencia en las adolescentes que ya lo han intentado como de aquellas que padecen un trastorno depresivo que representan un riesgo latente para llevarlo a cabo.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

El desarrollo humano implica una progresión hacia la madurez, donde cada etapa evoluciona como consecuencia de la etapa previa; es decir, se trata de un crecimiento que emerge a través de las diferentes etapas de la vida, cada una de las cuales tienen sus necesidades, problemas y características particulares, como es el caso.

Generalmente, la adolescencia, ha sido considerada como el período de transición entre la infancia y la edad adulta, que comienza aproximadamente a los doce o trece años, cuya finalización es difícil determinar debido a la influencia de la cultura, la raza, el clima y otros factores individuales.

La adolescencia, ha sido estudiada ampliamente, en términos biológicos, psicológicos y sociales; de gran importancia.

Stanley Hall (1904), padre de la "Psicología de la Adolescencia", con base en la teoría de la Recapitulación, la considera como una de las etapas evolutivas que va alrededor de los doce o trece años hasta los veintidós o veinticinco años; como un nuevo nacimiento, en el que surgen los rasgos más complejos que denotan las cualidades del cuerpo y de la mente, siendo un desarrollo menos gradual que refleja un período de "tormenta e ímpetu", en el cual el ser humano logra un nivel más elevado y "más completamente humano"; como reminiscencia de etapas anteriores del desarrollo de la raza humana, donde, los cambios psíquicos son consecuencia natural de los cambios físicos y fisiológicos básicos. (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1977; Muss, 1989)

Desde el contexto biológico, el término adolescencia, se refiere al período que comienza con la prepubertad y termina al alcanzar una plena madurez física, con las transformaciones físicas y fisiológicas del crecimiento humano. (Stone y Church, 1970)

Con base en esta definición, es preciso mencionar, que la "pubescencia" es el lapso del desarrollo fisiológico en el cual maduran las funciones reproductoras, incluyendo la aparición de los caracteres sexuales secundarios (desarrollo de los senos, cambios de voz, aparición de vello corporal y facial), que finaliza con la pubertad, cuando el individuo es capaz de reproducirse, manifestado en la mujer por la aparición del primer período menstrual o menarca; y en el hombre, por la primera polución, como señal equivalente. (Stone y Church, 1970; González, Romero y De Tavira, 1986; Papalia, 1988.)

La pubertad, adquiere mayor importancia, en algunas culturas al considerarse la aparición de los caracteres sexuales secundarios para la obtención del reconocimiento social que le permitan el status y los privilegios del adulto.

Sociológicamente, la adolescencia, es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma (Muss, 1989); cuya etapa se caracteriza por la búsqueda de una independencia económica e integración a la sociedad no mediatizada por la familia (Lehalle, 1990.) El adolescente es una persona cuya membresía de grupo no

es firme ni clara, porque aun no están definidos sus derechos y responsabilidades. (McKinney, et al. 1977)

Desde la perspectiva psicológica, ha sido definida como una etapa del desarrollo humano, en la que el adolescente entra en un momento de crisis; trata de establecer su identidad adulta, asumir la separación de los objetos parentales para buscar nuevas relaciones con otros objetos. Esto propicia una reestructuración individual y la superación de las identificaciones parentales que simultáneamente le conducen a una etapa de duelo y despedida por las dependencias infantiles y un esfuerzo por alcanzar la adultez. (Lehalle, 1990; González, J; Gutierrez, M. y Padilla, T. 1997)

En síntesis, la adolescencia constituye un momento esencial del desarrollo humano, cuya etapa es difícil establecer una definición precisa, dado que el concepto es muy extenso y variable que evoluciona según diversos ambientes y enfoques. No obstante, independientemente de la perspectiva en que sea definida, su importancia es inminente y como tal debe ser considerada como la suma total, para una mejor comprensión; por ello es necesario presentar algunas de las posturas teóricas más importantes acerca de este período.

ANNA FREUD

Anna Freud (1936/1996), define la adolescencia desde el concepto de normalidad, como una interrupción del crecimiento imperturbado, en el cual el mantenimiento del equilibrio es en sí mismo anormal, al sobrevenir los cambios cualitativos del carácter centrados en la genitalidad.

En efecto se produce desequilibrio entre el Yo y el Ello al ceder a los impulsos del Ello entrando en conflicto con las ya internalizadas normas morales del Superyó, propiciando en el adolescente una constante frustración interna cuando el padre u otra figura de autoridad interfiere en el logro de sus objetivos.

Este desequilibrio (Yo - Ello), intensifica las tendencias agresivas, la indocilidad, la brutalidad y las tendencias exhibicionistas. Los adolescentes son por demás egocéntricos, se consideran el centro y único objeto de interés; sin embargo, revelan capacidad de abnegación y sacrificio; inician intensas relaciones amorosas para interrumpirlas con la misma brusquedad con las que iniciaron; participan con entusiasmo en la vida social y, por otra, se sienten atraídos por la soledad; oscilan entre una sumisión al líder elegido y una obstinada rebeldía contra la autoridad. Su conducta es brusca y desconsiderada, aun cuando ellos mismos se muestren extremadamente sensibles a la ofensa; es decir, su estado de ánimo fluctúa entre el optimismo más infundado y el más profundo pesimismo.

Estas fluctuaciones, serían altamente anormales en cualquier otra etapa de la vida, pero en este momento significa que aun falta tiempo para que surja la estructura adulta de la personalidad.

No obstante, existen jóvenes de quince o dieciséis años, que aun no muestran evidencias exteriores de inquietud interna, continúan siendo como lo fueron en el período

de latencia, encerrados en sus vínculos familiares, conformes con el clima, con las ideas e ideales de la infancia. A pesar de sus aparentes conveniencias; significa un retraso del desarrollo normal lo que revela la renuencia a crecer originada por aspectos yoicos y superyoicos de la personalidad.

Anna Freud, destaca dos posibles peligros que amenazan el desarrollo normal: a) el Ello puede anular al Yo, "en cuyo caso no quedan vestigios del carácter anterior del individuo y la entrada a la vida adulta estará marcada por un tumulto de gratificaciones no inhibidas de los instintos"; y, b) el Yo vence al Ello y confinarlo a un área limitada y constantemente controlada por los mecanismos de defensa.

A su vez, considera que los factores implicados en los conflictos de la adolescencia son:

1. Fuerza de los impulsos del Ello, determinada por procesos fisiológicos y endocrinos durante la pubescencia.
2. Capacidad del Yo para superar las fuerzas instintivas o para ceder ante ellas, sin embargo, cuando no es posible lo primero, depende de la ejercitación del carácter y del desarrollo del Superyó durante el período de latencia.
3. Eficacia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del Yo.

Asimismo, la libido está a punto de desligarse de sus objetos parentales para depositarse en nuevos objetos, estableciendo relaciones afortunadas o desafortunadas con los adultos del medio familiar o con adolescentes del mismo sexo o del opuesto, con un inevitable duelo por los objetos del pasado; razón por la cual, se encuentra en una lucha emocional de extremada urgencia e inmediatez, caracterizada por cierto retraimiento narcisista para llenar los períodos que ningún objeto externo ha catectizado.

De este modo, se produce simultáneamente un segundo complejo de Edipo, provocando miedo a la castración en los varones y la envidia del pene en las mujeres; igual que en la primera etapa edípica; con ello el Superyó recientemente desarrollado interviene en el conflicto generando ansiedad y activando métodos defensivos del Yo, dirigidos contra los vínculos objetales infantiles.

Las medidas defensivas son las siguientes:

Defensa por desplazamiento de la libido. Ante la ansiedad provocada por el apego hacia sus objetos infantiles, el adolescente recurre a la huida, en lugar de permitir una gradual separación de ellos; retira la libido anteriormente depositada de manera súbita y completa, generándole un desesperado anhelo de compañía transferido al medio extrafamiliar diametralmente opuesto a las figuras originales; estableciendo vínculos con individuos del mismo sexo o del opuesto e incorporándose a grupos juveniles o pandillas. Una vez que los objetos infantiles quedan despojados de su importancia, los impulsos pregenitales y genitales dejan de ser amenazadores, disminuyendo la culpa y la ansiedad que hace un Yo más tolerante.

Defensa por inversión de los afectos. En lugar de retirar la libido depositada en los padres, él Yo, convierte los afectos hacia sus padres en sus opuestos: amor en odio, dependencia en rebelión, respecto y admiración en desprecio. Por ello, el adolescente se imagina "libre", pero aun permanece fuertemente atado a sus figuras parentales, dando lugar al acting out dentro del núcleo familiar, debido a que la hostilidad y la agresividad, que en un principio sirvieron al Yo como defensa, ahora se vuelven en su contra como amenazas y como tales las evita por medio de la proyección, convirtiéndose los padres como los principales perseguidores del adolescente. Aunque, en algunos casos, la conversión de los afectos, se vuelca totalmente contra sí mismos, experimentando una intensa depresión, tendencias autodegradantes, autodestructivas y deseos suicidas que, en casos extremos puede llegar a realizar.

Defensa por retiro de la libido hacia la propia persona. Al retirarse la libido depositada en los padres, la presencia de ansiedades e inhibiciones bloquean el camino de la libido hacia nuevos objetos extrafamiliares, permaneciendo en el propio Yo del adolescente, catéctizando a su vez al Superyó; apareciendo ideas de grandeza, fantasías de poder ilimitado sobre otros seres humanos o de logros trascendentes y de liderazgo.

Defensa por regresión. Consiste que cuanto mayor es la ansiedad provocada por los vínculos objetales, más rudimentarias y primitivas son las defensas empleadas por el adolescente para huir de ellos. A medida, que la ansiedad alcanza su punto culminante, las relaciones con el mundo de los objetos se reduce a un estado emocional conocido como "identificación primaria" con los objetos; los límites yoicos se amplían hasta abarcar partes del objeto, que implican modificaciones regresivas en todos los sectores de la personalidad; es decir, en la organización del Yo y de la libido.

Cuando fracasan las defensas contra los vínculos objetales edípicos y preedípicos existen entre los muchos mecanismos de defensas, dos que Anna Freud considera típicos de la adolescencia; el ascetismo y la intelectualización.

En el primero, la adolescente lucha contra sus impulsos edípicos, tanto sexuales como agresivos, defendiéndose incluso contra la satisfacción de las necesidades fisiológicas del alimento, del sueño y del bienestar físico. Esto se debe a una desconfianza generalizada contra todos los deseos instintivos, porque el Yo esta cegado por su temor de un monto instintivo abrumador que no puede diferenciar entre las necesidades vitales y la simple satisfacción.

En la intelectualización, el adolescente aumenta y cambia de intereses concretos por otros abstractos, con la finalidad de prevenirse contra el peligro interno y de la libido; vinculando los procesos instintivos con los contenidos ideacionales y accesibles a la conciencia sujetos a control. En estas tendencias intelectuales favorecen su conocimiento activo permitiendo la descarga de la agresión en forma desplazada.

Por lo tanto, más que cualquier otra época de la vida, la adolescencia, ilustra el interjuego y la secuencia de peligros internos, ansiedades, defensas y formación de síntomas permanentes o transitorios, que al terminar toman un giro distinto.

ERICK ERIKSON

Para Erikson (1959), el desarrollo del Yo está delineado por ocho etapas psicosociales del ciclo de vida, en las cuales desarrolla ciertas fuerzas y virtudes básicas que le permiten progresar. Sitúa a la adolescencia en la quinta etapa: identidad del Yo frente a confusión de roles; donde la tarea más importante es la búsqueda de la identidad, puesto que emergen muchos cambios significativos en la persona y en especial en el Yo.

Erikson (1956), define la adolescencia como "crisis normativa", es decir, como una fase normal de conflicto acentuado, caracterizada por una aparente fluctuación de la fortaleza yoica, y por un alto potencial de crecimiento, que contribuye en los procesos de formación de identidad del Yo.

Postula (1968), que la identidad del Yo "en su aspecto subjetivo es la conciencia del hecho de que hay una mismidad y continuidad en los métodos de síntesis del Yo; esto es, existe un estilo de la propia individualidad que coincide con la mismidad y continuidad de los demás". Es decir, es el significado que uno ha adquirido para sí mismo y para los otros.

Asimismo, dice que durante esta etapa, la búsqueda de identidad alcanza una fase crítica debido a que la diversidad de condiciones biológicas, psicológicas y sociales, como es la madurez sexual, las exigencias de los padres y de la sociedad, y la aproximación a la categoría de adulto; impulsan intensamente la necesidad de autodefinición.

Los adolescentes, se preocupan especialmente de lo parecen ser ante los ojos de los demás, en comparación con lo que ellos sienten que son; se enfrentan con el problema de cómo conectar los roles y habilidades adquiridos de épocas tempranas con los prototipos ideales del presente; generando en ellos diversos cuestionamientos, como ¿Quién Soy?

En su búsqueda de identidad, algunos tienen que enfrentar nuevas crisis de épocas pasadas antes de estar en condiciones de instalar ídolos e ideales para consolidar su identidad final. Por lo cual su comportamiento varía conforme a los estadios precedentes.

Si el estadio I (confianza básica versus desconfianza), transmite a la crisis de identidad una necesidad de confianza en sí mismo y en los demás; entonces, busca modelos e ideas en los que pueda tener confianza y fe; con la finalidad de probar que él mismo es digno de confianza, pero que al mismo tiempo, teme contraer compromisos que le impliquen demasiadas expectativas; de manera que paradójicamente, expresa su necesidad de fe y desconfianza, tomando una actitud demasiado confiada o demasiado cínica hacia las figuras autoritarias.

Si el estadio II (autonomía vs. vergüenza y duda), es reactivado, busca una oportunidad para obtener la aprobación de los demás y expresar su propia voluntad, por ello experimenta miedo al verse obligado a realizar actividades que le resultan vergonzosas a sus propios ojos y ante los demás se sienten expuesto al ridículo, dudando de sí mismo, actuando de manera desvergonzada frente a sus mayores por decisión propia, con una actitud negativista, antitético en su pensamiento, vergonzoso y vacilante en lo que respecta a sus propias capacidades, más aun cuando su autonomía y autoestima están afectadas.

En relación con el tercer estadio (iniciativa vs culpa), el adolescente, se encuentra en una vida imaginativa intensa, en especial con sus propias posibilidades y ambiciones; tiene la disposición de depositar su confianza en pares o personas mayores, sean buenos o malos, que proporcionen un ámbito imaginativo, aunque ilusorio a sus aspiraciones, oponiéndose violentamente a todas las limitaciones de sus autoimágenes, dejando establecida toda la culpa que esto le produce.

Además, si el placer de hacer funcionar bien las cosas (estadio IV), sigue presente durante este período; busca la elección de una ocupación o profesión que va más allá de la remuneración económica y status social; razón por la que algunos de ellos prefieren no hacer nada antes de verse obligados a seguir una profesión que de alguna manera los comprometería y les ofrecería el éxito sin la satisfacción de funcionar con una excelencia única.

En lo sucesivo, el desarrollo de la identidad no se produce por sustitución de un estado, sino por acumulación de experiencias sucesivas ligadas a la resolución de la crisis; siendo la adolescencia, la que lleva a cabo dicha resolución, donde la capacidad del Yo integra las identificaciones previas con las vicisitudes de la libido de las aptitudes desarrolladas y las oportunidades que ofrece la sociedad.

En efecto, buscan su identidad tratando a otras personas, participando en conversaciones; durante estas tentativas existe cierta incapacidad de establecer su identidad, generando cierta confusión del papel a desempeñar; entonces, para mantenerse integrados en sí mismos, se sobreidentifican temporalmente con héroes de la pantalla, líderes de grupo, campeones del deporte, ídolos de música, etc; hasta el punto de perder toda identidad aparente con su propio Yo.

A consecuencia, pocas veces se identifica con sus padres; por lo contrario, se rebela contra el dominio, el sistema de valores y la intrusión de éstos en su vida privada; ya que necesita separar su identidad de la de ellos. Exige a cada momento una diversidad de modelos "poco apropiados", según sus necesidades para poder consolidarse. A medida, que cuente con más modelos, más detallado será su perfil y definición de los límites de su Yo, dado que esta variedad le sirven como apoyo de un fragmento distinto de su propia personalidad.

Existe una necesidad de pertenecer socialmente a un grupo (compañeros, pandillas), que le ayudan a encontrar su propia identidad dentro del contexto social; pueden llegar a ser extremadamente exclusivistas, intolerantes y crueles en la discriminación de los que son "diferentes" por el color de piel, de sus circunstancias culturales, de sus gustos y de sus aptitudes; incluso de los aspectos insignificantes de la ropa y los gestos, que han sido elegidos de manera arbitraria, como signos que identifican a un miembro del grupo. Dicha intolerancia puede ser durante un tiempo, como defensa necesaria contra un sentimiento de pérdida de identidad.

Así, busca identificarse con sus compañeros a través de la estereotipia de sí mismos, de sus ideales y adversarios, sobre todo durante la época en que la imagen corporal se modifica radicalmente, en que la madurez genital estimula la imaginación y la intimidad con el sexo opuesto.

También, el enamoramiento, aunque de naturaleza menos sexual, constituye en gran medida un intento de lograr una definición de la propia identidad, proyectando las imágenes difusas de su Yo sobre la pareja, con el fin de aclarar y descubrir el concepto de sí mismo y de la propia identidad del Yo.

No obstante, surge la confusión de roles y la dificultad para hallar una identidad, generando una crisis, es decir, una falla transitoria en el establecimiento de una identidad estable. Algunos optan por un tiempo de reflexión donde los compromisos que conducen a la vida adulta son aplazados para más adelante; denominada por Erikson como *moratoria psicosocial*. Sin embargo, otros en su búsqueda eligen una identidad negativa, una identidad perversamente basada en todas las identificaciones y roles negativos que, en estadios críticos del desarrollo les fueron presentados como los más deseables o peligrosos en la propia familia o comunidad inmediata, integrándose a pandillas que caen en actos delictivos, alcoholismo, drogadicción, etc.

En otros casos, la identidad negativa se impone al sujeto por una necesidad de encontrar y defender un refugio contra las exigencias inmoderadas de sus padres morbosamente ambiciosos.

La elección de identidad negativa, representa un intento desesperado de volver a obtener cierto control de una situación y tener un sentimiento de identidad; sin embargo, si al final de la adolescencia aun se ven obligados a enfrentar continuamente con su falta de identidad, prefieren no ser nada o alguien totalmente malo o estar muertos por decisión propia, a ser alguien sin importancia.

En suma, la identidad del Yo, según Erikson, implica la integración total de ambiciones y aspiraciones vocacionales, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores: imitación de los padres, enamoramiento, admiración, etc. Unicamente el logro de todos esos aspectos de identidad del Yo, permitirá la intimidad del amor sexual y afectivo, la amistad profunda y otras situaciones que requieren entregarse sin el temor de perder la identidad del Yo en la etapa evolutiva siguiente.

PETER BLOS

Blos (1970 - 1975), denomina la adolescencia como la suma total de todos los intentos para sujetarse a la etapa de la pubertad; al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo. Este grupo de condiciones abarca los modos de excitación, tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel entre el desarrollo psicosexual de la infancia y la temprana niñez. Así, reconoce la adolescencia, como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, en donde tienen lugar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

De acuerdo con su teoría, establece que la adolescencia se caracteriza por fases evolutivas, que no pueden fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica; aunque, existe una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico, que subraya la diversidad del período adolescente. Las fases son: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y postadolescencia.

El Yo para hacer frente a la pubertad y a la adolescencia, requiere de logros del período de latencia, solo entonces pasará con éxito las fases subsiguientes.

Los logros esenciales del Yo del período de latencia son: a) aumento en la catexis de los objetos internos (representaciones de objeto y autorrepresentaciones) resultando la autonomía de algunas funciones del Yo [cognición, memoria, previsión, tolerancia a la tensión, autoconciencia y capacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía, o entre la acción y el pensamiento]; b) resistencia creciente de las funciones del Yo a la regresión (autonomía secundaria) con una expansión consecuente de la esfera no conflictiva del Yo; c) formación de un Yo autocrítico que complementa en forma creciente las funciones del Superyó con la finalidad de que la autoestima llegue a un grado de independencia del ambiente; d) reducción del uso expresivo de todo el cuerpo y un aumento de la capacidad de expresión verbal aislada de la actividad motora (Kris, 1939); y, e) control del ambiente a través del aprendizaje de actitudes y uso del pensamiento en el proceso secundario, como medio para reducir la tensión.

Con todos estos elementos, el Yo, es capaz de defender su integridad con menor ayuda del exterior, permitiendo el paso a la siguiente fase.

La *preadolescencia*, se caracteriza por un aumento cuantitativo de la presión instintiva, que conduce a una catexis indiscriminada de todas las metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño durante los años tempranos de su vida.

En esta fase, no hay una discriminación entre un objeto nuevo y una meta instintiva nueva, cualquier experiencia puede convertirse en un estímulo sexual; incluso aquellos pensamientos, actividades y fantasías desprovistas de connotación erótica obvia. Esta situación implica el resurgimiento de la pregenitalidad, donde, la función genital actúa como descarga no específica de tensión. Cada género enfrenta los impulsos en forma distinta.

El hombre, toma una orientación genital a través de la catexis de sus impulsos pregenitales; muestra un aumento difuso de la motilidad, voracidad, actitudes sádicas, actividades anales (expresadas en placeres coprofilicos, lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza) y juegos fállicos exhibicionistas. Se muestran hostiles ante sus compañeras, las atacan, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlones. En realidad, intentan negar su angustia de castración y envidia por la mujer, esto los conduce a llevarse con compañeros del mismo sexo, experimentando una orientación genital a través de la catexis de los impulsos pregenitales, generando en ellos una angustia homosexual (latente o manifiesta). Por lo cual debe de renunciar a sus deseos y completar la tarea del período edípico, para efectuar con éxito un cambio hacia la masculinidad.

En la mujer, se caracteriza, por la organización de los impulsos, dominada por la resistencia en contra de una fuerza regresiva hacia la madre preedípica. Se muestran como "marimachas", como manifestación de la envidia del pene; sus impulsos pregenitales se dirigen en forma más directa al sexo opuesto.

Con la expresión directa y sin control de las gratificaciones instintivas, se enfrentan a un Superyó reprobatorio, que origina un conflicto, el cual, el Yo, soluciona por medio de defensas, como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento, que le permiten desarrollar capacidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de juego y adoptar actitudes compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos para aminorar su angustia.

Así, aparece la socialización de la culpa como instrumento para evitar el conflicto con el Superyó; descarga la culpa en el grupo o más específicamente en el líder; produciéndose síntomas transitorios como miedos, fobias, tics nerviosos o somatizaciones en forma de defensa y disculpa.

Durante la *adolescencia temprana*, los impulsos cambian hacia la genitalidad, los hombres y las mujeres buscan intensamente objetos extrafamiliares; comienza la separación definitiva de las ligas tempranas con el objetivo de lograr la renunciación de los objetos primarios que incluye a los hermanos y sustitutos paternos.

La intensidad de la separación de los objetos tempranos está determinada por los cambios puberales, por las condiciones ambientales, y la capacidad del Yo para defenderse de esta angustia conflictiva.

Esta fase se caracteriza, por la falta de catexis en los objetos primarios, que provoca que la libido flote libremente buscando depositarse en otros. Este retiro comprende la debilidad del Superyó, donde residen las representaciones de objeto y los valores morales internalizados. Al resolverse el conflicto edípico, el Yo se debilita, originando en los adolescentes, sentimientos de vacío y de tormento interno, dirigido a cualquier ambiente que le proporcione alivio.

Consecuentemente, los valores, las reglas y las leyes morales internalizadas adquieren cierta independencia de la autoridad parental, sintónicas con el Yo, operando parcialmente dentro del mismo, desembocando conductas delictivas relacionadas con la búsqueda de objetos de amor, como escape de la soledad, del aislamiento y la depresión que acompaña a estos cambios catécticos, que recurren a la fantasía, al autoerotismo y como una vuelta al narcisismo.

La separación de los objetos de amor, hace que tanto las mujeres como los hombres emprendan una búsqueda de objetos nuevos, dirigida hacia amistades que demandan una idealización; donde las características del otro son admiradas y amadas que constituyen algo que el sujeto mismo quiere tener, siendo en esencia narcisista. Esta elección conduce a la formación del Ideal del Yo, que internaliza una relación de objetos.

En el hombre, el Ideal del Yo, representa el "amigo" idealizado que lo puede llevar a la homosexualidad (latente o manifiesta), acompañada de voyeurismo, exhibicionismo y fantasías masturbatorias, que neutralizan su angustia de castración; sin embargo, al darse cuenta de esta erotización e idealización, el "amigo" se convierte en el sujeto normal, terminando repentinamente con estas relaciones radicadas en una frustración por el amigo idealizado, que facilita el establecimiento del Ideal del Yo independiente del mundo externo.

En la mujer, toma una posición bisexual; los objetos escogidos pueden tener cierta similitud o ser totalmente distintos de los padres. Una forma de idealización es el "flechazo", en el que el objeto representa cualidades masoquistas y pasivas que representan un estadio intermedio entre la posición fálica de la preadolescencia y la progresión a la femineidad, esto es un estadio intermedio bisexual, en el cual, manifiestan más libremente su tendencia bisexual, con la creencia de decidir por cualquier orientación. Esta representación continúa hasta que deposita en todo su cuerpo aquella parte de la libido narcisista que ha estado ligada a la imagen corporal bisexual, buscando completarse no en sí misma, sino en el amor heterosexual.

La elección de objeto, tiene una orientación dirigida a crecer en un intento por autodefinirse; implica un cambio en la organización de los impulsos, influyendo en forma decisiva en el desarrollo yoico; elaborando en su estructura una organización jerárquica de sus funciones y pautas defensivas, las cuales al final de la adolescencia adquieren una fijación irreversible en el carácter.

La declinación de la homosexualidad y bisexualidad marca la entrada a la adolescencia.

La adolescencia propiamente dicha, es inminente y de cambios decisivos; la vida emocional es más intensa, profunda y con mayores horizontes. La búsqueda de relaciones de objeto asume aspectos diferentes en dirección a un objeto heterosexual para consolidar la identidad sexual; finalmente se desprenden de los objetos infantiles de amor. El impulso sexual adecuado gana gradualmente ascendencia produciendo una angustia conflictiva dentro del Yo; pasando los mecanismos de defensa a un primer plano en la vida mental.

Se realizan diversos cambios internos esenciales para el avance hacia la heterosexualidad; comprende cambios catéticos relacionados con los objetos internos y con el propio Yo. Como resultado se retira la catexis puesta en los padres o en la representación de los objetos del Yo, aumentando la energía catéctica en el ser.

En el hombre, al retirar la catexis del padre internalizado; subyace, una elección narcisista de objeto basada en el Yo Ideal, con nuevos intentos de resolver los remanentes edípicos positivos o negativos. En cambio, en la mujer persevera su posición bisexual; con una sobrevaloración en el componente fálico. A su tiempo, este componente fálico es concedido al amor heterosexual, de lo contrario genera un estancamiento en el desarrollo de sus impulsos. En ambos casos, aumenta el narcisismo, convirtiéndose en un período transitorio de la adolescencia propiamente dicha.

Al encontrarse en esta fase narcisista, el Yo se convierte en el receptor de la libido; catectiza las funciones del Yo induciendo una cualidad narcisista caracterizada por aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad, que puede llegar hasta la pérdida del contacto con la misma, existiendo una sobrevaloración del ser, un sentimiento de omnipotencia, arrogancia y rebeldía con fallas en el juicio, debido a que el pensamiento se ve constantemente interferido por la propensión al acting out y a la acción, generándose un empobrecimiento yoico, pero facilitando el mantenimiento de la autoestima.

A su vez, el retiro de catexis de los objetos primarios implica un estado afectivo de duelo y de enamoramiento; el adolescente sufre una pérdida al renunciar a sus padres edípicos, eliminándolos como fuente de gratificación libidinal, experimentando un vacío interno, elaborando gradualmente el duelo por medio del movimiento progresivo de la libido hacia nuevas relaciones de objeto heterosexuales, extrafamiliares y no ambivalentes, pero que al principio lo llevan a identificaciones superficiales y transitorias, puesto que el objeto real necesitado es el padre del mismo sexo para que pueda realizarse su identificación positiva o negativa con él, antes de que surja la posibilidad del amor heterosexual.

El amor heterosexual o "enamoramiento", señala el acercamiento de la libido a nuevos objetos; implica el fin de la posición bisexual de fases previas. La heterosexualidad en su primer etapa se experimenta en parte, como fantasía, predominan los sentimientos de ternura y devoción, así como la preocupación por preservar el objeto de amor, simultáneamente amenazante, viviéndolo como una nueva dependencia, sumisión y rendición emocional.

La primera elección de objeto suele estar determinada por algún parecido físico o mental con el padre del sexo opuesto, o bien por marcadas diferencias. Las primeras relaciones son intentos rudimentarios de desplazamiento que logran su madurez con la resolución progresiva del complejo de Edipo.

En el varón, la ansiedad de castración cierra la fase edípica; su resolución es más rígida y la represión de las ansias edípicas es más severa aunque quedan residuos y ansias femeninas, pero se sobreponen de su posición, enfocando su atención hacia artificios compensatorios de masculinidad, como grupos masculinos, pandillas y/o iniciación en un código de virilidad.

En la mujer, su resolución es menos rígida, reprime ligeramente sus ansias edípicas; quedan remanentes edípicos y fantasías de naturaleza fálica. Su resolución es el sometimiento del complejo de masculinidad y el renunciamiento de las ansias masculinas produciendo sentimientos maternos enfatizados por la menarca que determina la polaridad masculino-femenino, identificándose con la madre como prototipo reproductor, preparándola para el establecimiento de un amor heterosexual.

La angustia concomitante a este proceso origina otros restitutivos que van desde leves sentimientos de despersonalización hasta estados psicóticos, o alternativamente a la vida de fantasía o de creatividad, la hipersensibilidad o la necesidad de llevar un diario.

Todo esto con el fin de llenar el vacío emocional que experimentan cuando los nuevos impulsos instintivos de la pubertad no pueden estar por más tiempo unidos a los antiguos objetos y que aun no pueden unirse a otros.

En conjunción, la decatexis se incorpora, a un Yo empobrecido con el control instintivo que ha dejado de funcionar en forma dependiente, lo que produce un estado contrariado de autoinducción de esfuerzo, dolor y agotamiento; parcialmente defensivos, libidinales y agresivos, con la finalidad de proteger la integridad y la cohesión del Yo, a través de la vigilancia del Yo sobre la tensión instintiva, que es aliviada en parte por descargas externas hacia el exterior, mediante la expresión motriz; y por descargas hacia el interior, manifestadas por problemas fisiológicos.

A lo largo de este período, el Yo, inicia medidas defensivas, procesos restitutivos y acomodaciones adaptativas, que permiten que su elección sea de acuerdo con la formación progresiva del carácter, las funciones yoicas aparezcan, modeladas tras el surgimiento de la organización de los impulsos y los procesos cognitivos sean más objetivos y analíticos, en función del principio de realidad, sobresaliendo diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son aprobados y apoyados para el mantenimiento de la autoestima. Así, al final de la adolescencia todo éste proceso se transformará en un sistema integrado que facilitará la consolidación de la identidad.

La *adolescencia tardía*, es un momento de cambio, una etapa de crisis que frecuentemente somete a esfuerzos determinantes la capacidad integrativa del individuo, provocando inadaptación, deformaciones yoicas, medidas defensivas inadecuadas y una psicopatología severa.

Es una fase de consolidación; donde culminan los siguientes cambios: un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del Yo; una extensión de la esfera libre de conflictos del Yo (autonomía secundaria); una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital; una catexis de representaciones del Yo y del objeto, relativamente constante, y, la estabilización de los aparatos mentales que de manera automática salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

Esta subfase, se caracteriza, por la integración de un Yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología; el individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social, logra una integración social, predecibilidad, constancia emocional y estabilidad en la autoestima. Hay una mayor unificación entre los procesos afectivos y volitivos; existe tolerancia hacia conflictos y ansiedades.

En efecto, se pone a prueba la capacidad integrativa y sintética del Yo, en términos de intereses yoicos fijados y preferenciales, así como de necesidades de amor altamente personalizadas. Esta función integrativa, implica un funcionamiento yoico promedio en las demás funciones, y un nivel consistente y resistente a la regresión. Estos esfuerzos del Yo son transferidos a la postadolescencia con el objeto de activar las ganancias internas sobre el medio. A su vez, la síntesis del Yo, incorpora remanentes traumáticos no resueltos en la infancia temprana; estos remanentes traumáticos son dinámicamente activos y proveen a

una compulsión a la repetición, impulsando a las experiencias no integradas a la vida mental, para su eventual dominio de integración yoica, que se convierte en Yo sintónico.

Al final de la adolescencia, la consolidación se acompaña de represiones que conllevan a un estado de amnesia reminiscente de los principios del período de latencia, los recuerdos contienen detalles precisos de los hechos, pero las emociones experimentadas son reprimidas, de tal forma que la descarga de los impulsos se dirige hacia medidas defensivas.

Asimismo, se produce un cambio cualitativo muy importante en el Self; se integran las identificaciones del Yo, el Ideal del Yo y el Superyó, junto con la organización de la conducta de acuerdo con papeles sociales accesibles; que constituye un principio de organización de nuevo orden, que mejora la prueba de realidad y una autoevaluación más realista como base del pensamiento y la acción. De esta forma, el adolescente debe reconocer su Self emocional, intelectual, social y sexual, renunciando a la megalomanía infantil y a los poderes mágicos.

Se trata de un proceso de objetivación progresiva, pero si falla, puede presentarse una identidad negativa o un fracaso en la consolidación de la personalidad comprendido por situaciones limítrofes, esquizofrénicas y psicóticas, las cuales pueden ser llamadas casos de la adolescencia mal lograda o incompleta por fallas en el aparato yoico y por la sexualización de las funciones yoicas que debilitan la objetividad, la comprobación de la realidad y la autocrítica.

La *postadolescencia*, constituye la transición de la adolescencia y la edad adulta; es una etapa de continuación del proceso adolescente indispensable para el logro de la madurez psicológica.

La estructura psíquica adquirida en la adolescencia tardía, permite integrar las partes componentes de la personalidad. Esta integración ocurre gradualmente; se presenta, como una preparación coincidente con la elección profesional, siempre y cuando, las circunstancias permitan al individuo hacer esta elección. Dicha integración es paralela a la definición de papel social, al enamoramiento, matrimonio, paternidad y maternidad. Este logro, se consolida solo si las necesidades instintivas y los intereses yoicos, han llegado establecer un equilibrio entre sí; complementándose con el éxito del Yo en su función sintética.

Durante este período, emerge la moralidad, con un énfasis en la dignidad personal y autoestima, más que en la independencia superyoica y en la gratificación instintiva. El Yo Ideal toma posesión de la función reguladora del Superyó como el heredero de los padres idealizados de la infancia, la confianza depositada anteriormente en el padre ahora se centra en el Self, con la finalidad de sostener sentido de dignidad y autoestima.

Cuando no se logra organizar un Self estable, o cuando este no convierte cualquier conflicto en Yo sintónico, se detiene seriamente el desarrollo del individuo y la evolución postadolescente sufrirá desviaciones. Un bloqueo característico, es la fantasía de rescate, en el cual en lugar de vivir para realizar las tareas de la vida, el individuo espera que las circunstancias de la vida le resuelvan la tarea de vivir. Esta se relaciona con el romance

familiar y con los sueños diurnos, los cuales si persisten, provocan una crisis en la postadolescencia y restricciones e inhibiciones yoicas.

Frecuentemente, el Yo revive elecciones de objeto abandonadas a un nivel de actitudes yoicas de inventiva y de combinaciones fantásticas, en una inversión respecto a los patrones precedentes, es decir, que la identificación y la contraidentificación con el objeto proceden en relación con cualidades y aspectos del objeto y no en relación con las tonalidades objetales del sujeto. Por lo cual, el hombre tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, para alcanzar la madurez.

Por consiguiente, la consolidación de la personalidad, al final de la adolescencia, genera mayor estabilidad en los sentimientos y en la vida activa del joven adulto; se solidifica el carácter, que da pauta a una mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de los modelos y sistemas; declinan gradualmente la imaginación creativa, los deseos de aventuras, la fantasía desbordada y las inclinaciones artísticas, dando forma a una personalidad más unificada y consciente y una identidad sexual definida.

ARMINDA ABERASTURY

Aberastury (1978), considera la adolescencia, como una etapa decisiva de la vida, durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, a través del apoyo de las primeras relaciones de objeto -parentales internalizadas-, y por la verificación constante de la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos a su disposición; que a su vez tienden la estabilidad de la personalidad en un plano genital, que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil.

Es un momento de desequilibrio, el adolescente no sólo debe enfrentarse al mundo de los adultos para el cual no está del todo preparado, sino además debe de desprenderse de su mundo infantil. El adolescente realiza tres duelos fundamentales: a) el duelo por el cuerpo perdido; siente sus cambios como algo externo, frente a los cuales se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; b) el duelo por el rol y la identidad infantil, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce; y, c) el duelo por los padres de la infancia, que persistentemente trata de retener en su personalidad.

La necesidad de elaborar estos duelos; obligan al adolescente a recurrir normalmente a conductas psicopáticas, fluctúa entre una dependencia e independencia extrema, puesto que se mueve entre el impulso al desprendimiento y la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido. Debido a esto, este período se caracteriza por fricciones con el medio familiar y social, lleno de contradicciones, ambivalencias y confusiones; que frecuentemente son confundidos como estados patológicos.

La conducta adolescente genera en los padres, sentimientos de rechazo a la libre expresión de la genitalidad y del crecimiento de sus hijos; enmascaradas por una fluctuación entre la libertad excesiva y las exageradas restricciones; dado que los padres también viven los duelos por los hijos.

Consecuentemente, el adolescente defiende sus valores y desprecia los que quiere imponerle el adulto, los siente como una trampa de la que necesita escapar. Esta crisis intensa, la soluciona transitoriamente, huyendo del mundo exterior, buscando refugio en la fantasía, en el mundo interno, con un incremento paralelo de la omnipotencia narcisista y de la sensación de prescindencia de lo externo. Inicia conexiones con nuevos objetos extrafamiliares, y frente a su hostilidad hacia sus padres y del mundo en general, expresa su desconfianza con la idea de no ser comprendido y sentirse enjuiciado, molestado y amenazado, por lo cual, surge un rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia.

En consecuencia, la conducta adolescente, manifiesta periodos fluctuantes, denominado por esta autora como "*Síndrome Normal de la Adolescencia*", constituido por la siguiente sintomatología.

1) *Búsqueda de sí mismo y de la identidad*

A consecuencia de los cambios físicos pierde su imagen corporal y su identidad de niño, implica la búsqueda de una nueva identidad, que se va construyendo en un plano consciente e inconsciente, con la necesidad de incluir los genitales adultos en el esquema corporal. Recurre a situaciones de uniformidad, donde ocurre un proceso de identificación masiva, que brinda seguridad, estima personal y la necesidad de pertenencia a un grupo, adoptando identidades; sin embargo, en otras situaciones puede optar por identidades negativas o pseudoidentidades no incorporadas al Yo. No obstante, ulteriormente su identidad podrá ser definida al lograr la separación de las figuras parentales y la aceptación de una identidad independiente.

2) *Tendencia Grupal*

El fenómeno grupal adquiere trascendencia; transfiere al grupo parte de la dependencia que anteriormente mantenía en la estructura familiar, con la finalidad de lograr una individuación adulta, útil para sus disociaciones, proyecciones e identificaciones. Las actitudes del grupo, referente a su vestimenta, moda, costumbres, preferencias, etc; representa la oposición de las figuras parentales de una manera activa de determinar una identidad distinta del medio familiar, que facilitan aspectos cambiantes del Yo, como la conducta psicopática normal y circunstancial del adolescente, originando expresiones de crueldad, desafectividad y falta de responsabilidad, como mecanismos de defensa frente a la culpa y duelo por la infancia perdida aun no elaborada.

3) *Necesidad de intelectualizar y fantasear*

La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia así como a la bisexualidad que acompaña a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto lo obliga, a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo, que no puede evitar, por medio de la intelectualización y fantasías, como

mecanismo de defensa, permitiéndole un reajuste emocional, acompañado de preocupaciones por principios éticos, filosóficos y sociales, que implican la formulación de un plano de vida diferente.

4) *Crisis religiosas*

Las crisis religiosas fluctúan entre el ateísmo exacerbado hasta un misticismo fervoroso, como situaciones extremas; al igual que la situación cambiante de su mundo interno. Representa, un intento de solución a la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y al enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de su Yo corporal, y aceptación de la posible muerte de sus padres.

5) *Desubicación temporal*

La noción temporal del adolescente es fundamentalmente corporal o rítmica, basada en el tiempo de comer, de dormir, etc. Vive con una cierta desubicación temporal, convierte el tiempo en presente activo como un intento de manejarlo. En su expresión de su conducta predomina el proceso primario; las urgencias son enormes, a veces la postergación es aparentemente irracional, con una organización sincrética, y particular percepción del mundo, donde todavía no puede configurar contradicciones. A medida, que elabora los duelos, adquiere la conceptualización del tiempo.

6) *Evolución sexual desde autoerotismo hasta la heterosexualidad*

El adolescente oscila entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital; hay un contacto de tipo exploratorio y preparatorio, más que la verdadera genitalidad procreativa, esto es posible, con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental. Al aceptar su genitalidad, inicia la búsqueda de pareja en forma tímida pero intensa, a través de contactos superficiales, cada vez más profundas que conllevan al enamoramiento como un claro sustituto parental que se vincula con fantasías. Cuando el complejo edípico y los duelos propios de la adolescencia son elaborados, emergen características genitales, como expresión de lo masculino y lo femenino, donde la presencia de las figuras parentales son fundamentales para determinar la heterosexualidad u homosexualidad, tanto del hombre como de la mujer.

7) *Actitud social reivindicatoria*

La sociedad interviene activamente en la situación conflictiva del adolescente, y de alguna manera la constelación familiar, es la primera expresión de la sociedad. El duelo por los padres de la infancia, se proyecta en el mundo externo; siente que no es él quien cambia, sino sus padres y la sociedad, que se niegan a seguir funcionando como padres infantiles, por lo que descarga contra ellos su odio, envidia y desarrolla actitudes destructivas enfatizadas en su afán de reforma social, encontrándose con una realidad social frustrante y una imagen especular de un Superyó cruel y restrictivo. En cambio, si elabora adecuadamente los duelos y reconoce la sensación de fracaso, podrá introducirse en el mundo de los adultos con ideas constructivas de cambio en un sentido positivo de la realidad social.

8) *Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta*

La conducta del adolescente está dominada por la acción; los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes. Esto hace que no pueda haber una línea de conducta determinada, en tal caso indicaría una alteración de la personalidad adolescente, puesto que su labilidad emocional en su organización defensiva y contradictoria facilitan la elaboración de los duelos típicos de la adolescencia.

9) *Separación progresiva de los padres*

La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con sus padres y su separación está determinada por la forma genital previa de cada individuo; a la que se suman las experiencias infantiles anteriores, ulteriores y la actual de la propia adolescencia. La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos y una escena primaria amorosa y creativa, permite una buena separación de los padres, un desprendimiento útil y facilitan el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto. No obstante, si las figuras parentales, no son muy estables, ni bien definidas en sus roles, aparecen ante él como desvalorizadas; obligándolo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes, por lo menos en un sentido compensatorio o idealizado.

10) *Constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo*

Un sentimiento básico de ansiedad y depresión acompañan permanentemente como substrato a la adolescencia. La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo, se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas con un repliegue autista; sin embargo, si elabora los duelos, puede proyectarse con una euforia que muchas veces suele ser desmedida, similar a las microcrisis maniacodepresivas. Las constantes fluctuaciones deben ser entendidas en base los procesos de proyección y duelo por la pérdida de objeto.

Por lo anterior, la conducta adolescente, es considerada "anormal" dentro del marco familiar y social, no obstante, es una evolución normal, que en esencia implica un desequilibrio e inestabilidad extrema.

Así las formulaciones teóricas de cada uno de éstos autores, son relevantes para el presente estudio; ya que afirman que en la adolescencia, existe un desequilibrio Yo - Ello (Freud, A. 1936) en donde el Yo pone en marcha ciertos mecanismos de defensa para salvaguardar su integridad al atravesar por los duelos que marca la adolescencia (Aberastury, 1978) y modelar las funciones del Yo (Blos, 1970) al lograr su identidad (Erikson, 1959.)

CAPITULO II

LA PSICOLOGIA DEL YO

La aparición de la Psicología del Yo en el psicoanálisis ocurre en la segunda década del siglo XX, pues el psicoanálisis fue en un principio construido sobre una base empírica, como una psicología del inconsciente, posteriormente, se dirigió al estudio del Yo, de sus contenidos, sus límites y funciones, así como la relación con el Ello y el Superyó. Como preámbulo es importante mencionar las primeras hipótesis sobre el aparato psíquico que dan pauta hacia la Psicología del Yo.

El primer intento que hizo Freud (1900), para construir un modelo del aparato psíquico fue en su obra "*La interpretación de los sueños*"; en ella dicho, estaba constituido por diversos componentes psíquicos dispuestos en forma consecutiva, del sistema perceptivo en un extremo al sistema motor en el otro, con los distintos sistemas de recuerdo y asociación intermedios. (Brenner, 1973)

Alrededor de una década más tarde, Freud (1913/1975e), hizo un nuevo intento por establecer una topografía de la mente mediante la división de sus contenidos y operaciones. En esta distinguió tres sistemas mentales que denominó "inconsciente", "preconsciente" y "consciente". Sobre esta base funcional denominó; *inconsciente (Ics)* a los contenidos y procesos psíquicos impedidos de alcanzar la conciencia; *preconsciente (Pcs)*, a los contenidos que pueden alcanzar la conciencia por un esfuerzo de atención; y el sistema *consciente (Cs)* como un órgano sensorial situado entre el límite de lo interno y lo externo con la capacidad para percibir procesos de una u otra procedencia. (Brenner, 1973; Tallaferró, 1995.)

No obstante, al aumentar el interés y comprensión de Freud (1923/1975e) ante estos sistemas, se dio cuenta que sus contenidos no eran tan uniformes como había esperado. Por lo que propuso una nueva hipótesis con respecto a los sistemas mentales, llamada hipótesis estructural. En ella intenta agrupar procesos y contenidos mentales que están relacionados funcionalmente; entre los cuales consideró la existencia de tres, a los que denominó *Ello*, *Yo* y *Superyó*.

En el *Ello*, se sitúan las representaciones psíquicas de los impulsos; en el *Yo* aquellas funciones vinculadas con el medio; y el *Superyó* comprende los preceptos morales y las aspiraciones ideales. Al nacimiento del ser humano, el *Ello* abarca la totalidad del aparato psíquico, mientras que el *Yo* y el *Superyó* se distinguen en el curso del crecimiento.

A consecuencia del pensamiento freudiano, sobre la psicología psicoanalítica del Yo, principalmente de la tónica estructural, en los años veinte y treinta, surgieron contribuciones importantes, por Hartmann, H. (1939), Kris, Loewenstein, Rapaport (1967); Anna Freud, (1936); Bellak, (1949); Arlow y Brenner (1964), entre otros autores no menos

importantes. Considerando al Yo con una mayor importancia dentro de la personalidad total del ser humano. (Citados en Bleichmar y Leiberman, 1997)

Heinz, Hartmann, fue el autor más destacado de la Psicología del Yo, en las décadas de los 40 y 50. Su finalidad radicaba en crear a partir del psicoanálisis una psicología general, sin embargo, no fue posible, debido en parte por aspectos metodológicos.

La Psicología del Yo de Hartmann, pasó de una psicología del Ello basada en el estudio de los impulsos, a una psicología del Yo enfatizando los aspectos de la realidad externa y la adaptación del sujeto a la misma, poniendo ahínco, en colaboración con Kris y Loewenstein, en las funciones mentales del Yo, introduciendo diversos conceptos, entre ellos, "autonomía primaria", "autonomía secundaria" y "área libre de conflictos".

Para algunos autores, la psicología del Yo, no fue totalmente aceptada, sin embargo, no se puede desconocer su trascendencia. A continuación se describen algunas concepciones acerca de ésta teoría.

CONCEPTO DEL YO

Uno de los primeros conceptos del Yo fue el de Meynert en 1884 (citado en Freud. 1923/1975e), como el núcleo demarcado por el cuerpo respecto del medio ambiente, distinguiéndolo entre un Yo primario y un secundario. El primario representa esa parte genética e inconsciente de la vida psíquica, en tanto que el Yo secundario esta superpuesto.

El término "Yo" (*Ich*), conocido antes de Freud, fue empleado como el vocablo que designa dos usos principales; primera, el "sí mismo" de una persona como totalidad, incluyendo el cuerpo para distinguir la propia persona frente a otras y diferenciarlo de sus objetos. Y segunda, denota una parte determinada de la psique que se caracteriza por atributos y funciones especiales.

Freud (1923), señaló al Yo como " esa parte del Ello que ha sido modificada por la influencia directa del mundo externo... el Yo trata de que la influencia del mundo externo se haga sentir sobre el Ello y sus tendencias, y se esfuerza por reemplazar el principio del placer, que rige al Ello, por el principio de realidad". (White, 1973).

Más tarde en 1926, resume el papel del Yo como sigue: "él Yo, controla la entrada a la consciencia así como el paso a la actividad dirigida hacia el medio". Es decir, concibe al Yo como una estructura que codetermina en conjunción con los impulsos toda la conducta, desempeñando un papel defensivo ante una señal de peligro.

Posteriormente, en *Esquema del psicoanálisis*, Freud (1940/1991) considera al Yo por sus características principales, en relación con la percepción sensorial y la acción muscular; percibe los estímulos provenientes del exterior, almacenando la experiencia que obtiene de ellos (en la memoria), evitando los estímulos excesivos (por la huida),

aprendiendo a modificar el mundo externo para su adaptación, mediante su actividad, siendo su tarea primordial la autoconservación, postergando la satisfacción hasta que el momento y las circunstancias del mundo exterior sean favorables.

Hartmann, (1969), en su libro *"Ensayos sobre la psicología del Yo"*; dice, que el término "yo", se utiliza con frecuencia en un sentido ambiguo, como opuestos a otros conceptos, afirmando que el Yo psicoanalíticamente no es sinónimo de "personalidad", ni de "individuo", sino es un superestructura de la personalidad que se define por sus funciones.

Federn (1952/1984) define al Yo en tres perspectivas:

1) *Definición descriptiva*: El Yo, es la continuidad psíquica duradera o recurrente del cuerpo y de la psique de un individuo con respecto al espacio, el tiempo y la causalidad.

2) *Definición fenomenológica*: El Yo, es sentido y conocido por el individuo como una continuidad duradera y recurrente de su vida corporal y psíquica con respecto al espacio, tiempo y la causalidad, aprehendido por él como una unidad.

3) *Definición metapsicológica*: La base del Yo es un estado de investidura psíquica de ciertas funciones y contenidos corporales y psíquicos interdependientes, siendo la investidura simultánea continua e interconectada.

Añade que el Yo, es el vehículo de la conciencia como "Yo mismo", pero a su vez, preconscious, incluyendo la vivencia psíquica subjetiva de sus funciones. (Federn, 1984).

Por otro lado, Erikson (1967), conceptúa al Yo como "el guardián de la mente, de la *experiencia significativa*; es decir, es una experiencia individual que protege a la persona; adaptable para dominar una porción significativa de la realidad, con la sensación de encontrarse en un estado antiguo". Más tarde en 1975, define al Yo como una fuerza intensa, vital y positiva; con una capacidad organizadora del individuo que conduce a la "fuerza que puede reconciliar discontinuidades y ambigüedades".

Para Brenner (1973), el Yo es una parte de la psiquis que concierne al medio con el propósito de obtener el máximo de gratificación y de descarga para el Ello.

Otros autores, coinciden que, es una parte y modificación del Ello que entra en contacto con el mundo interno y externo, asegurando la percepción, la respuesta y su adaptación de lo percibido en la realidad. Identifican al Yo dentro de los tres sistemas, porque parte de las experiencias y sentimientos rechazados pueden emerger a la conciencia cuando sea necesario, poniendo en marcha los mecanismos de defensa; debido a la percepción interna y externa. (Guntrip, 1971; Aisenson, 1969; Aujuriaguerra, 1983; Tallaferró, 1995)

Finalmente, para Hamachek (1981), el Yo, es una parte de la estructura de la personalidad que engloba el centro de la toma de decisiones, la planeación y la defensa, constituyendo un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos, siendo la totalidad del ambiente subjetivo de un individuo.

DESARROLLO DEL YO

El punto de partida para la formación del Yo, es una matriz indiferenciada Yo – Ello, en la que tampoco existe una diferencia entre el sí mismo y el mundo; sin embargo, no debe entenderse la nula existencia del Yo al comienzo de la vida, ya que el Ello y el Yo son originariamente uno, por lo que Hartmann, supone que el ser humano nace con potencialidades para desarrollar su Yo.

El bebé recién nacido no es totalmente una criatura de impulsos, sino posee ciertas funciones o aparatos innatos (mecanismo perceptuales y protectores) que en el transcurso de la diferenciación Yo-Ello, por medio de la maduración, pasan a formar parte del Yo.

Uno de los aspectos importantes de la experiencia considerado por Freud en *Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico (1911/1975a)*, en las primeras etapas de formación del Yo fue, la relación del niño con su propio cuerpo. Señaló que nuestro propio cuerpo ocupa un lugar muy especial en nuestra vida psíquica mientras se conserva el aliento vital, comenzando a ocupar una posición importante en la infancia. Como por ejemplo, la capacidad de llevarse el pulgar u otro dedo a la boca a las tres a seis semanas.

Asimismo, Hartmann, mencionó tres factores importantes que impulsan la diferenciación Yo- Ello: a) las características hereditarias innatas (autonomía primaria del Yo); b) las influencias de los impulsos instintivos; y, c) las influencia con la realidad exterior. La autonomía primaria del Yo, surge como resultado de la experiencia y en parte por los procesos de maduración (Hartmann, Kris y Loewenstein, 1949); así como de la propia imagen corporal, que juega un papel importante en la diferenciación del Yo con el mundo de los objetos. (Freud, 1923/ 1975e).

Es importante mencionar que las representaciones psíquicas del cuerpo, es decir, los recuerdos e ideas conectados con él, con sus catexis de energía impulsiva constituyen el factor más destacado en la evolución del Yo en las primeras etapas.

En ellas, el Yo, es estructuralmente débil, pero se cree omnipotente por tener en sí mismo parte del mundo exterior, que previamente ha introyectado por vía oral; se cree poseedor del mundo, a pesar de su estructura. (Nunberg, citado en Tallaferró, 1995).

Spitz, (citado en Aisenson, 1969) afirmó, que el Yo surge, aproximadamente a los tres meses de vida como rudimentario, que se manifiesta a través de la actividad muscular, que se establece a los ocho meses, formándose los límites entre el Yo y el Ello, por un lado, y el Yo y el mundo exterior por el otro. De igual forma, para Mahler, a los siete u ocho meses surge el proceso de separación – individuación que marca la diferencia del Yo del Ello, comenzando la formación de límites y la desvinculación con la madre; siendo la consolidación de la individualidad a los tres años de vida.

Por otro lado, Ferenczi (citado en Tallaferró, 1995), considera que el Yo, en el transcurso de su evolución, pasa por cuatro fases de magia y de omnipotencia, las cuales son las siguientes:

a) Fase de la omnipotencia incondicional. Esta fase corresponde al estado fetal, totalmente hipotética.

b) Fase de las alucinaciones mágicas. Todo el impulso en este estado de la evolución del yo es inmediatamente satisfecho por medio de alucinaciones. Cuando el lactante tiene hambre, se proporciona una satisfacción alucinando el pecho que desea.

c) Fase de la omnipotencia con el auxilio de gestos mágicos. La relación del niño frente a una necesidad corporal se ve acompañada generalmente por un movimiento de brazos y piernas, llantos y gritos, lo cual hace que, ante estas muestras de malestar, aparezca la madre para resolver su situación. Esto lo va afirmando en la creencia de que son precisamente tales movimientos los que le producen la satisfacción y en la convicción de que sus actitudes y gestos tienen poder ilimitado.

d) Fase de la superioridad del pensamiento. Esta etapa parece iniciarse simultáneamente con el lenguaje, que durante los períodos anteriores sólo estaba integrado por sonidos articulados a los cuales se les atribuía una significación mágica.

Estas fases mágicas del Yo desaparecen casi por completo cuando son sustituidas por el sentido de la realidad.

OTROS ASPECTOS IMPORTANTES DEL DESARROLLO DEL YO

Existen procesos estrechamente relacionados con el desarrollo del Yo, que juegan un papel trascendente, estos son: el proceso de identificación, el principio del placer y principio de realidad, proceso primario y secundario, y la neutralización; que a continuación se describen brevemente.

Identificación

En la evolución del Yo, el proceso de identificación desempeña un papel destacado, desplazando la energía psíquica del Ello hacia el Yo.

La identificación consiste esencialmente, en hacerse el individuo semejante a un objeto (persona o cosa) del mundo exterior psicológicamente importante para él. Esta puede ser en uno o varios aspectos del pensamiento o de la conducta. (Brenner, 1973)

La tendencia a parecerse a un objeto del medio que le rodea es en parte muy importante de las propias relaciones con los objetos en general y tiene un significado particular en la vida muy temprana. La identificación produce una modificación del Yo y una de esas consecuencias es que todas o una parte de las catexias que antes estaban unidas a un objeto externo quedan ahora asociadas a la copia del objeto en el seno del Yo.

Este proceso toma como base a los padres; el niño se identifica con los aspectos que percibe en la conducta de los padres, incluyendo los que le producen tensión o placer, adopta actitudes, pautas de conducta de sus progenitores y de otras personas significativas para él.

A mediados del primer año de vida se pueden hallar pruebas de este proceso en la conducta del niño; una de ellas es aprender a sonreír y posteriormente la adquisición del lenguaje.

La motivación de la identificación es satisfacer los deseos, debido a que el niño admira y aspira a las cualidades que percibe en las personas significativas.

Es importante mencionar que este proceso contribuye también al crecimiento de las funciones del superyó. (Brenner, 1973; Kolb, 1992)

El principio del placer y el principio de realidad

El Yo primario (Yo-Ello) de los períodos evolutivos iniciales es, plenamente placentero, introyecta lo agradable y proyecta lo desagradable, rigiendo el principio del placer

En *Más allá del principio del placer (1920/1975d)*, Freud dice: “el principio del placer es una tendencia que está al servicio de una función: hacer que el aparato anímico quede exento de excitación, o de mantener en él constante, o en el nivel mínimo posible el monto de la excitación”. Es decir el principio del placer trata de conseguir satisfacción inmediata sin tomar en cuenta las consecuencias; hay una tendencia a obtener placer y evitar el displacer mediante la gratificación que no puede ser postergada. (Brenner, 1973; Waelder, 1964)

El principio del placer es propio de un proceso primario del aparato psíquico; peligroso para la autopreservación del organismo en medio de las dificultades del mundo exterior ya que el principio del placer parece estar al servicio de las pulsiones de muerte.

Al diferenciarse, el Yo del Ello, el Yo es regido por el Principio de Realidad, renunciando a un placer inmediato. Freud (1920/1975d), dice al respecto “.. que, sin resignar el propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer”. Es decir, el principio de realidad, incluye el aplazamiento de la satisfacción y una tolerancia temporal del displacer que garantizará un placer futuro; inmiscuido por un pensamiento objetivo, racional y verbal, donde gradualmente hay un aumento en la capacidad del individuo para postergar la obtención del placer. (Aujuriaguerra, 1983)

Freud (1911/1975a) dice que el principio de realidad se establece al aumentar la importancia de la realidad exterior, los órganos sensoriales dirigidos al mundo externo y de

la conciencia aprenden a capturar las cualidades sensoriales, estableciéndose la atención, que explora el mundo exterior y la memoria para registrar las impresiones sensoriales; de estos procesos surge el *falló* ("*Urteilsfällung*", *desestimación por juicio*) el cual decide si la representación determinada es verdadera o falsa, es decir si esta en consonancia con la realidad en comparación con las huellas mnémicas de la realidad, postergándose la descarga motriz al instituirse el proceso del pensar.

En *Esquema del psicoanálisis* (1940/1991) Freud afirma que, el Yo decide si la tentativa de satisfacción debe ser realizada o diferida, o bien si la exigencia del instinto habrá de ser reprimida de antemano por peligrosa, debido a que está dominado por la consideración de la seguridad, teniendo como función la autoconservación.

La transformación el principio del placer por el principio de realidad no se cumple en un solo momento ni simultáneamente, sino que presupone cierto nivel de desarrollo yoico.

Esta sustitución no implica el destronamiento del primero, sino el abandono de placer momentáneo inseguro en sus consecuencias, por un placer seguro que vendrá después.

Por lo tanto, según las formulaciones de Freud en *Más allá del principio del placer* (1920/ 1975d) éste último corresponde al proceso primario, en tanto que el principio de realidad, corresponde al proceso secundario, como modos de funcionamiento del aparato psíquico.

Proceso primario y secundario

Freud (1911/1975a), consideró el proceso primario como el modo original de funcionamiento del aparato psíquico. Este proceso opera en el Ello durante toda la vida, mientras que, en el Yo funciona sólo durante los primeros años cuando su organización es inmadura.

El proceso primario responde a dos características principalmente: 1) la tendencia a la gratificación inmediata (descarga de catexis) que es característico del Ello y del Yo inmaduro; y 2) la facilidad con que la catexis puede ser desplazada de su objeto original.

La tendencia a la gratificación inmediata predomina en la primera infancia y en la niñez cuando las funciones del Yo están inmaduras.

En tanto, el proceso secundario, evoluciona gradual y progresivamente durante los primeros años de la vida; característico de las operaciones del Yo relativamente maduro. El rasgo esencial del proceso secundario, es la capacidad de postergar la descarga de la energía catéctica, es decir demorar la descarga o el placer hasta que las circunstancias sean más favorables. De esta manera, actúa según el proceso secundario, puesto que la forma de

actuar es distinta a la de otros seres vivos, con mayor grado de estructuración que la respuesta instantánea propia de la conducta animal. (Freud, 1915/1975b; Aisenson, 1969; Brenner, 1973)

El cambio de proceso primario a secundario es paulatino; parte de la diferenciación y desarrollo de los procesos mentales que forman al Yo.

Neutralización

Para la psicología del Yo, el papel de la neutralización de las energías es un elemento primordial en todo el funcionamiento del Yo. De ella depende la instauración del principio de realidad, el pensamiento, la acción y la intencionalidad. (Hartmann, 1969). Así como, la diferenciación de la matriz Yo-Ello.

El término *neutralización*, fue preferido por la escuela del Yo (Hartman, Kris y Lowenstein, 1949) al de "*desexualización*". (Freud, 1923/1975e). La Neutralización, se refiere al proceso mediante el cual, tanto las energías libidinales como las agresivas se transforman desde lo instintivo en una modalidad no instintiva (Hartmann, 1949), Este proceso transforma continuamente las energías en distintos grados de neutralización disminuyendo la descarga inmediata (Rapaport, 1967). Esto implica la capacidad del Yo para neutralizar estas energías; sin embargo, cualquiera que sea el origen de la energía está a disposición del Yo. (White, 1973)

El resultado de la neutralización es llevar a cabo sus diversas tareas de acuerdo al proceso secundario; de lo contrario la energía impulsiva presionaría para descargarse inmediatamente de acuerdo al proceso primario. No obstante, es posible, que, parte de la energía utilizada por el Yo no se derive de la neutralización de la energía sino permanezca desde el comienzo en él o en los precursores innatos de los que posteriormente serán sus funciones específicas del Yo. Hartmann atribuye al Yo la energía que proviene de fuentes autónomas y otras que provienen del Ello.

Este proceso implica que una actividad de un individuo, que originariamente le brindaba una satisfacción del impulso mediante la descarga inmediata, deja de hacerlo y pasa a ponerse al servicio del Yo. Es decir hay un cambio de función, ya que las funciones yoicas no pueden derivarse de los impulsos y por lo cual pasan al servicio autónomo del Yo (autonomía secundaria). Por ejemplo, los primeros intentos del niño para hablar proporcionan satisfacción, pero al establecerse el lenguaje, el uso de él comienza a ser una función autónoma del Yo (Hartmann, 1939; Brenner, 1973).

Asimismo, Kris (citado en Aisenson 1969), dice que la energía neutralizada pasa a formar parte de la dotación permanente del Yo; puesto que esos cambios parciales y relativamente permanentes de la distribución de la energía son de suma importancia para el desarrollo de la personalidad.

Hartmann (1969), sostiene que el Yo al disponer de energías propias constituye un sistema independiente, con la capacidad para establecer relaciones sintónicas entre el organismo y la realidad. Añade que cuanto más fuerte es el Yo, posee la capacidad para enfrentar la ansiedad sin fragmentarse y resolver mejor distintas tareas, como contrastar la realidad objetivamente, emplear mecanismos de defensa adecuados frente a la angustia, y regular los impulsos del ello. Sin embargo no significa que en todos los casos el funcionamiento sea óptimo.

Por lo tanto, la Neutralización, se postula desde el momento en que el Yo evoluciona hasta ser una subestructura de la personalidad más o menos definida; el comienzo de este proceso es posterior al término del primer año de vida.

FUNCIONES DEL YO DESDE DIVERSOS AUTORES

Existen relevantes aportaciones sobre la Psicología del Yo, en especial sobre las funciones yoicas, que van desde Hartmann, Freud, hasta otros no menos importantes, con ópticas semejantes sin dejar a un lado la diversidad de sus contribuciones. A continuación, citaré brevemente algunos de ellos; enfocándome especialmente en las contribuciones hechas por L. Bellak, sobre las funciones del yo, para este estudio.

FREUD S.

En *El yo y el ello (1923/1975e)*, Freud estableció que “el Yo es la parte del Ello alterada por la influencia directa del mundo exterior” que se caracteriza por funciones especiales. Ellas son:

Mediar entre los sucesos internos y externos, percibir y reconocer acontecimientos y objetos del mundo exterior, y juzgar las circunstancias externas para decidir cuándo satisfacer los impulsos instintivos. De ello, se desprende, la relación con la realidad y la comprobación de la misma, decisiva para el Yo (examen de realidad), es decir, la capacidad del Yo para distinguir entre los estímulos o percepciones que nacen del mundo exterior y aquellos que surgen de los deseos e impulsos del Ello, contribuyendo en forma importante en la evolución del sentido de realidad como una función más del Yo.

El Yo, depende de la conciencia; gobierna los accesos a la motilidad (descarga de las excitaciones) en el mundo exterior y ejerce un control sobre todos sus procesos. En cuanto a la descarga motora y la acción va implícito un elemento de inhibición y demora de la descarga.

Además, Freud, atribuyó al Yo las funciones del pensamiento, juicio, anticipación, síntesis e integración de las propias funciones. Así como la función de autoconservación en el hombre.

La coordinación entre los sistemas provoca en el Yo, una señal de peligro o angustia en algunas circunstancias, por lo cual, el Yo desarrolla funciones defensivas (mecanismos de defensa).

Por lo tanto, todas las funciones del Yo, derivan de su función primaria que es la percepción, dado que, Freud, llamó al Yo como la "esencia, que parte del sistema P (percepción)".

HARTMANN, H.

Heinz Hartmann (1939-1959), fue el autor más destacado de la Psicología del Yo, en colaboración de Kris y Loewenstein. Hartmann, en sus obras *La psicología del yo y el problema de la adaptación* y *Ensayos sobre la psicología del yo*, considera una serie de funciones yoicas, tales como pensamiento, juicio, atención, percepción, memoria, lenguaje, conciencia y motilidad incluyendo las fases del desarrollo motor (asir, gatear, caminar) y los procesos de aprendizaje. Estas funciones innatas inmiscuidas en el desarrollo del Yo las denomina aparatos yoicos de "*autonomía primaria*", las cuales, no están inmersas en el conflicto entre la realidad interna y externa, son autónomas y corresponden a una "*esfera libre de conflictos*".

Emplea este término, para designar ese conjunto de funciones que en cualquier momento ejerce sus efectos fuera de los conflictos mentales del individuo, no obstante, quiere decir que esta área sea inmune, puesto que todo ser humano no está exento de conflictos, sino que las funciones participan en ellos como factores independientes y en determinadas condiciones se ven envueltas por el conflicto.

Al involucrarse en el conflicto, a menudo ocurre un "cambio de función" como medio de acción, solución y adaptación al servicio del Yo; que denomina "*autonomía secundaria*" (Hartmann, 1939), independizándose del impulso o conflicto que les dio origen. El término "autonomía secundaria del Yo" o "resistividad", implica la fuerza y los recursos para enfrentar los conflictos ocasionados por la presión del Ello; lo que originariamente se desarrolló al servicio de la defensa contra el impulso instintivo en el transcurso del tiempo puede convertirse en un estructura independiente y llegar a encargarse de otras funciones como la organización, síntesis y adaptación; de las cuales muchos propósitos, actitudes, intereses, cualidades y estructuras del Yo se han originado de esta manera. (Hartmann, 1987)

Todas las funciones están estrechamente relacionadas con la realidad al neutralizarse las energías; el Yo verifica y se protege contra la estimulación interna y externa, ejerciendo una función de barrera contra los estímulos.

Agrega, que la función de anticipación, es el resultado del principio de realidad, dando lugar a la capacidad de demora, y a la función sintética como proceso de integración y asimilación (Nunberg, 1937; citado en Hartmann, 1964).

La capacidad de intencionalidad surge aproximadamente a los tres meses de edad, implicando la capacidad para dirigirse hacia algo, lo que presupone un aspecto del Yo hacia el desarrollo de las relaciones objetales

ANNA FREUD

Por su parte, (1945/1992), afirma que el Yo es el encargado de dominar los instintos del Ello, cuando surgen las exigencias instintivas en combinación con el mundo exterior. El Yo, decide la cantidad de satisfacción y renunciamiento de los instintos con la capacidad de demorar o posponer la satisfacción de sus deseos.

Considera las siguientes funciones: prueba de realidad interna y externa que permite entrar en contacto con aspectos dolorosos; dominio del principio de realidad, el cual disminuye el deseo; la memoria que conduce a la retención no sólo de las experiencias agradables sino también de las dolorosas y atemorizantes; la función sintética, que prepara el terreno para los conflictos internos y externos; el control de la motilidad y el funcionamiento defensivo (mecanismos de defensa) que actúa para proteger al Yo ante un flujo resultante de displacer y ansiedad.

BELLAK, L.

En un principio, Bellak (1949/1984), comenzó su interés por las funciones del Yo, y consideró las siguientes: prueba de realidad, mediación de los impulsos, razón, reglas sociales internalizadas, el medio ambiente externo, la tolerancia a la frustración y la capacidad de involucrarse en conductas periféricas para obtener placer a largo plazo.

En 1952, su objetivo era definir las funciones del Yo en términos operacionales; y desarrolló la Escala Global de la Fuerza del Yo. Con base en éste trabajo, Bellak, Hurvich y Gediman (1973), consideraron doce funciones, por medio de un estudio sobre las funciones en individuos esquizofrénicos, neuróticos y de funcionamientos normal. Las funciones son las siguientes:

1. *Prueba de Realidad.* Se refiere a la capacidad perceptiva y cognitiva que permite distinguir entre los estímulos internos y externos; la exactitud de la percepción en donde se incluyen los aspectos de orientación, en persona, tiempo, lugar y la interpretación de los acontecimientos externos. Esta función implica la prueba de realidad interna, referida a la sensación subjetiva de la persona acerca de la precisión de sus percepciones
2. *Juicio.* Es la capacidad para darse cuenta de las posibles consecuencias de la conducta futura o realizada, y el grado en que la conducta manifiesta es un reflejo de la conciencia de esas probables consecuencias.
3. *Sentido de Realidad del Mundo y del Sí mismo.* Esta función, se define en la medida en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y como parte de un contexto familiar. El grado en que el propio cuerpo y su funcionamiento se experimentan como pertenecientes al propio Yo, marcando los límites del Yo respecto a

los demás y del medio ambiente físico y social en general; y con ello la capacidad en que la persona ha desarrollado su individualidad, el sentido del sí mismo y de la autoestima.

4. *Regulación y control de los Instintos, Afectos e Impulsos.* Esta función, se refiere, a la capacidad en que los mecanismos de demora y control permitan que los impulsos derivados sean expresados de una manera modulada y adaptativa, ni deficiente ni excesivo, considerando así la dirección de la expresión del impulso. El grado de tolerancia a la frustración y el grado en que los derivados del impulso sean canalizados través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.
5. *Relaciones Objetales.* Comprende el grado y tipo de relaciones de compromiso con los demás; la capacidad del individuo para percibir a los demás como entidades separadas más que como extensión de sí mismo; el grado en que las relaciones presentes han sido influenciadas por experiencias pasadas y han sido establecidas de acuerdo con estas; así como, la medida en que la persona puede mantener la constancia de objeto, es decir, sostener relaciones por períodos largos, tolerar la ausencia física, la ansiedad y la hostilidad relacionadas con el objeto.
6. *Procesos del Pensamiento.* Se refiere a la habilidad para comunicar de manera clara los propios pensamientos; abarca los procesos que guían y sostienen al pensamiento, tales como, atención, concentración, anticipación, memoria, lenguaje, formación de conceptos (pensamiento abstracto o concreto), y la medida en que el proceso primario-secundario relativo influye en el pensamiento.
7. *Regresión Adaptativa al Servio del Yo.* Esta función, comprende la capacidad del Yo para iniciar una disminución parcial, temporal y controlada de las propias funciones para favorecer intereses propios. Es decir, la regresión permite el relajamiento de la agudeza cognitiva de los modos del proceso secundario para facilitar la emergencia de formas de ideación inconscientes y preconcientes, involucrando la capacidad para interrumpir el proceso secundario y volver a él. Asimismo permite la producción de nuevas configuraciones e integraciones creativas, como resultado del proceso oscilatorio del proceso primario-secundario.
8. *Funcionamiento Defensivo.* Se refiere al grado en que los componentes defensivos afecta adaptativa o desadaptativamente a la ideación y conducta; y la medida en que las defensas han tenido éxito o fracaso, esto es, que tanto las defensas reducen favorablemente los afectos disfóricos como la ansiedad o la depresión.
9. *Barrera a los Estímulos.* Esta función esta formada por dos componentes, receptivo y expresivo. A) el receptivo, se refiere al umbral de sensibilidad del sujeto para la estimulación sensorial (luz, sonido, cambios de temperatura, dolor), y la conciencia de la misma, y B) el expresivo, que se relaciona con la manera en que la persona responde a los diversos niveles de estimulación sensorial en términos de organización, evitación y aislamiento.

10. *Funcionamiento Autónomo*. Bellak, se refiere a esta función determinando las funciones de autonomía primaria, tales como: percepción, intencionalidad, inteligencia, concentración, atención, lenguaje, desarrollo y expresión motora, memoria, audición y visión; y las funciones de autonomía secundaria: patrones de hábitos, habilidades, pasatiempos, intereses, las cuales son combinaciones de funciones autónomas primarias, como de aquellas que son autónomas de manera secundaria por sublimación. Por lo cual, esta función implica, la libertad de deterioro de estas funciones en cuanto a la intrusión de un conflicto de ideación, de afecto y/o impulsos.
11. *Función Sintética Integrativa*. Esta función se compone de: a) capacidad para integrar actitudes, valores, afectos, experiencias conductuales y/o psicológicas, potencialmente contradictorias, que pueden manifestarse en pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones; y b) la capacidad para integrar acontecimientos conductuales y/o psicológicas sean o no contradictorios. Es decir la función sintética describe la capacidad del individuo para sostener las funciones necesarias vitales y de adaptación.
12. *Dominio – Competencia*. Esta formada por dos componentes: a) capacidad de competencia, esto es, el desempeño de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio y dominarlo; y b) el nivel de sentido de competencia, la expectativa de éxito de la persona y el lado subjetivo de su desempeño real. Esta función, refleja un aspecto de la autoestima, en el sentido de afectación activa del medio en el dominio y la competencia.

Bellak, afirma que las funciones del Yo difieren en la medida en que estén sujetas a la regresión.

OTROS AUTORES

Kris (1934/1955-1964) especialmente introdujo el concepto de Regresión al Servicio del Yo, como una de las funciones yoicas. Este autor, propuso que hay una regresión activada y promovida por el Yo, como un proceso creativo, que oscila en el funcionamiento del proceso secundario al primario. Esta función pone a disposición del Yo elementos del proceso primario tales como la fantasía, la falta de temporalidad, producciones creativas y artísticas, etc, para utilidad y fines del Yo.

Hendrick (1942), considera que, el Yo se integra a partir de las siguientes funciones: aprender a succionar, manipular, caminar, hablar, comprender y razonar. Todas estas funciones tienen relación con el dominio de algún aspecto del medio. Añade, que estas funciones proporcionan “placer primario”, cuando la acción eficiente “capacita al individuo a controlar o alterar su medio”. Por lo cual, la función principal para él, es el aprendizaje que lo conduce a su adaptación. (White, 1973)

Por otro lado, *Mittelman* (1954), señaló como funciones más importantes en el crecimiento de la personalidad; la motilidad, la que a su vez implica, la manipulación y

locomoción, relacionadas con la evolución de la autoafirmación y la autoestima, y con ello la prueba de realidad. (White, 1973).

Beres en 1956 (citado en Bellak y Goldsmith, 1994), consideró las siguientes funciones: la relación con la realidad, la regulación y control de impulsos instintivos, las relaciones de objeto, los procesos del pensamiento, el funcionamiento autónomo del Yo, la función sintética y el funcionamiento defensivo.

Arlow y Brenner (1964), determinaron las siguientes funciones: conciencia, sentido de percepción, expresión del afecto, procesos del pensamiento, control motor, memoria, lenguaje, integración y armonización, prueba de realidad, mecanismos de defensa, inhibición o suspensión de cualquiera de las funciones y regresión a niveles primitivos de funcionamiento.

Rapaport (1967), enfatizó su interés en torno a los procesos del pensamiento, como función del Yo; sitúa su origen, en la alucinación con que el bebé reemplaza al objeto pulsional, cuando éste se encuentra ausente, alucinando su presencia; constituyendo el pensamiento. Además concibe las funciones básicas del control motor, la percepción, la memoria y la capacidad de demora de los impulsos en función de la realidad, denominándola como *domesticación de los impulsos*. Además de la regresión al servicio del Yo, diciendo que es un retorno al proceso primario que evidencia la expresión del inconsciente, marcando la importancia en el marco analítico, cuyo fin es poner a disposición del Yo nuevos conocimientos y capacidades para comprender los conflictos inconscientes.

Por su parte, *Heimann* (1971), afirma que a partir de la función mediadora entre los sistemas mentales y su mundo externo, el Yo desarrolla diversas funciones como la percepción, la cual implica actividades como explorar y almacenar los estímulos, así como, protegerse contra aquellos que son peligrosos (barrera contra los estímulos), utilizando la capacidad de juicio sobre los mismos. Además de gobernar la actividad motora, descargar las tensiones internas y obtener gratificación por medios objetivos o subjetivos, es decir, por "acciones con una fuente externa de placer o imaginando la experiencia gratificadora".

Para *Brenner* (1973), el Yo está constituido por un grupo de funciones psíquicas, primordialmente de la relación del individuo con su medio. La primera de las funciones es la percepción sensorial, que informa al Yo sobre sus circunstancias. La segunda incluye la capacidad de recordar, comparar y pensar según el proceso secundario, lo que permite mayor conocimiento acerca del medio. La tercera consiste en el dominio y la habilidad motora que permiten al individuo emprender la alteración de su ambiente físico por medios activos. Además, de estas funciones relacionadas entre sí, distingue una función en particular: el criterio de realidad que desempeña la capacidad de diferenciar entre la estimulación interna y externa, a medida que el individuo crece y madura, a través de la experiencia.

Otra de las funciones que aparece en un momento a otro de la primera infancia es el pensamiento que permite la regulación entre el impulso y la acción y la capacidad de demora.

Aisenson (1969), postula que el Yo es un grupo de funciones puestas al servicio de la adaptación, la autoconservación y del principio del placer, puesto que los modos de funcionamiento del Yo son conscientes, preconscientes e inconscientes, pero que finalmente responden al cumplimiento de la realidad.

Otras de las funciones que considera, son el cumplimiento de los rasgos y valores del sí mismo; la fantasía y la regresión al servicio del Yo que cumple una función adaptativa, puesto que se opone al sentido de la realidad; sin embargo puede incitar la imaginación científica o técnica, relacionada con la capacidad yoica del pensamiento, sin la cual es imposible la adaptación del ser humano. Además, en el Yo estructural interviene la capacidad de percepción, memoria y motricidad; gracias a las cuales se establecen las relaciones objetales. Todas ellas intervienen simultáneamente en la diferenciación entre el Yo y el no-Yo, es decir, entre lo interno y lo externo.

Tallaferro (1995), refiere que el papel principal del Yo, es coordinar las funciones e impulsos internos y tratar que los mismos puedan expresarse en el mundo externo sin conflictos. Este autor, dice que el Yo cuenta con dos funciones principalmente: 1) el examen de realidad, y 2) la función sintética del Yo.

La primera, toma en cuenta, la motilidad, que permite la comprobación de la realidad, esto es, la existencia real de los objetos. Esta función es posible, gracias a la inteligencia y a la memoria que facilitan la comprobación de la realidad externa, para distinguirla de la fantasía. Por lo que piensa que, el Yo cuenta con dos recursos: a) la prueba de realidad por medio de la actividad motriz y de la percepción; y, b) del sentido de realidad en la cual no es necesario la comprobación del objeto por medio de las sensaciones táctiles, sino por la experiencia que permite el conocimiento del objeto.

En cuanto a la función sintética, la tarea principal es mediar entre los impulsos del Ello, las exigencias de la realidad y los requerimientos del Superyó. Es decir, lograr un equilibrio entre las mismas, lo que consiste en: 1) percepción interna, 2) percepción externa [de la que depende la gratificación]; 3) capacidad integrativa, que permite al Yo coordinar los impulsos e instintos entre sí y con la censura del Superyó para adaptarlos a las condiciones ambientales; y por último, 4) la capacidad para controlar la conducta voluntaria.

En consecuencia, la psicología del Yo, es de gran utilidad para la comprensión del ser humano, por ejemplo, las contribuciones hechas por Anna Freud en los años treinta, quien afirma que desde la perspectiva del desarrollo es fascinante observar cómo, a medida que cada uno de los atributos yoicos surgen durante el crecimiento del individuo, contribuyen al desenvolvimiento de la personalidad, donde cada una de las funciones son indispensables para comprender las propias acciones en relación con la experiencia respecto

a la conducta para impedir una acción impulsiva y lograr la integridad de las funciones adaptativas del Yo (Freud, A. 1936/ 1992.) Por su parte, Bellak (1984), dice que a partir de los aspectos teóricos, la evaluación de las funciones del Yo ofrece una base sistemática para una concepción y planeación de tratamiento. Y Kris (1955), quien dentro de este marco de referencia dice que la regresión adaptativa al servicio del Yo, es de gran utilidad en la alianza de trabajo, la cual pone de relieve la capacidad que tiene el paciente para trabajar en el tratamiento con el fin de resolver sus conflictos y conocer sus motivaciones inconscientes.

Por lo tanto, la psicología del Yo, no es nada más una consecuencia de la evolución histórica, sino también es el resultado del creciente interés por el desarrollo psíquico y por factores que dirigen la estructuración del carácter.

CAPITULO III

DEPRESION Y SUICIDIO

La amplia gama de autores que han analizado la depresión como concepción clínica; contribuyen a la comprensión de los procesos psíquicos que subyacen a ella.

Como punto de partida; es preciso mencionar la contribución de Sigmund Freud (1917 [1915]/1975c), en su obra "*Duelo y Melancolía*"; en ella afirma que la melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y disminución del amor propio o autoestima, que se traduce en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo, e incluso ideas delirantes a espera del castigo.

Ante la melancolía, disminuye el funcionamiento yoico frente a la pérdida de un objeto de amor (de naturaleza ideal); puesto que los reproches con que se atormenta el Yo corresponden en realidad al objeto perdido (proyección) que han sido vueltos contra el propio Yo (interiorización).

Por su parte, Melanie Klein (1971); concibe la depresión como un conflicto Yo-Ello; donde el Yo identificado con el objeto bueno enfrenta a un Ello identificado con el objeto malo que supone la pérdida del objeto bueno.

Polaino (1985), resume la concepción freudiana de la melancolía como sinónimo de depresión, en los siguientes puntos:

- Disminución del amor propio
- Egotización por la pérdida de objeto
- Autocrítica pública sin ningún pudor
- La energía libidinal es depositada en el Yo, en lugar de desplazarse al objeto
- Transformación de la pérdida de objeto en pérdida del Yo
- Rechazo a alimentarse como consecuencia de una regresión a la fase oral, una vez que el objeto se ha perdido
- Rigidez y empobrecimiento yoico
- Tendencia al suicidio, como signo de hostilidad contra sí mismo como objeto

Desde el punto de vista clínico-descriptivo; Calderón (1984), dice que la depresión, es un período que trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. La clasifica en tres categorías: depresión psicótica, neurótica y simple.

En la primera, los elementos genéticos desempeñan un papel importante, caracterizada por la alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio. En la segunda, la personalidad del sujeto ha sufrido fallas en su integración durante la infancia y la adolescencia. Y en la tercera, no existe un trastorno de la personalidad, pero sí problemas psicológicos, ecológicos y sociales que provocan su desequilibrio.

Para Alonso-Fernández (1994), la depresión es un síndrome que se divide en cuatro categorías:

a) *Depresión Endógena*: originada por influjos hereditarios; que a su vez se subdivide en depresión monopolar y bipolar (alternancia entre episodios depresivos y maniáticos).

b) *Depresión Neurótica*: originada por un conflicto psicológico interior permanente.

c) *Depresión Situacional*: ésta surge por una situación de vida muy perturbadora.

d) *Depresión Sintomática o Somatógena*: se caracteriza por una reacción ante una enfermedad o afección corporal o por la administración de un fármaco o droga.

CUADRO CLINICO

Existe toda una gama de síntomas depresivos, que varían en cuanto a su grado, desde leve hasta grave; éstos son (Ayuso y Sáiz; Mendels, 1977; Ostow, 1973):

Alteración en el estado de ánimo. La tristeza es la característica principal, hay un sentimiento de inutilidad, vaciedad, futilidad, abatimiento y llanto. Muchos no son capaces de expresar los sentimientos de tristeza, verbalizándolo como aburrimiento, apatía, indiferencia o apagamiento.

Pensamiento. A medida que la depresión evoluciona, las ideas no fluyen, el enfermo no encuentra palabras adecuadas, su rememoración es pobre e imprecisa, los contenidos son escasos y centrados habitualmente en las temáticas de fracaso, pesimismo, desesperación e ideas de culpabilidad y autoacusación. Asimismo, hay una incapacidad para llevar a cabo cualquier tarea debido a que los procesos de atención y concentración, se ven seriamente alterados.

Pérdida del interés. El descenso de las energías vitales o anergia, es uno de los principales síntomas. Hay una pérdida progresiva del interés por las actividades y por el mundo que le rodea, que va desde un sentimiento de apatía y aburrimiento hasta la sensación de tener la cabeza vacía o paralizada, en la fase más grave.

Conducta y aspecto. A medida que los sentimientos depresivos aumentan, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y cuidado de su persona. Su vestuario aparece desaliñado e incluso sucio. Presentan *inhibición psicomotora*, tomando una actitud decaída y postura inclinada, donde los movimientos corporales y mentales así como los movimientos espontáneos y gestos expresivos disminuyen notablemente, incluyendo su tono de voz que se manifiesta de forma lacónica, interfiriendo gravemente en su capacidad de comunicación para intentar una conversación o discusión. Como contraste, puede manifestar un estado de agitación, y mostrar una inquietud extrema, tanto física como psicológica, manifestada por una exaltación hasta una expresión eufórica franca, en cuyo contexto pueden surgir reacciones agresivas y violentas e incluso ideas delirantes de omnipotencia y megalomanías.

Síntomas somáticos. Los trastornos somáticos que frecuentemente aparecen son las alteraciones de la alimentación y el sueño, así como malestares generales.

Se muestran *alteraciones en la alimentación*, caracterizadas por una acentuada pérdida del apetito o anorexia en su grado más severo, e inversamente, en la depresión leve a moderada, existe un incremento del mismo, que puede acompañarse o no de vómitos provocados, en forma de bulimia.

La *alteración del sueño* más común en los estados depresivos es el insomnio, en cualquiera de sus modalidades: dificultad en conciliar el sueño (insomnio inicial), despertar frecuentemente durante la noche (insomnio medio) y despertar prematuro (insomnio tardío), con la sensación de cansancio y frecuentes pesadillas. En algunos casos, en particular en la fase bipolar, presentan hipersomnia.

Se quejan de síntomas físicos que afectan a todos los sistemas del organismo: sequedad de la boca, dolores y malestares, cefaleas, neuralgia, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir, así como la frecuencia de estreñimiento, quejándose de dolor abdominal o de sensaciones de "obstrucción".

En la mujer, se manifiestan con frecuencia cambios en su ciclo menstrual, a veces por su prolongación o cesación durante varios periodos.

Conducta suicida. Aparecen en forma de pensamiento, amenazas o intentos, puesto que las ideas de culpabilidad y desesperación presentes pueden conducirle a creer que merece la muerte (autocastigo) a ver un futuro negro que sea preferente morir antes que vivir en el estado actual (huida).

De acuerdo con el **DSM-IV**; los trastornos depresivos pertenecen a los trastornos del estado de ánimo depresivo. Se clasifican en: Episodio Depresivo Mayor; Trastorno Depresivo Mayor, episodio único; Trastorno Depresivo Mayor Recidivante; Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo no Especificado.

Los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor son:

A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que presenta un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo, la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío), o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (cambio de más del 5% en un mes).
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (no sensaciones).
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej, hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej, después de la pérdida de un ser querido) los síntomas son persistentes durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CAUSAS GENERALES

Alonso Fernández (1994), sistematiza principalmente cuatro causas de depresión:

Pérdida afectiva: suele aparecer cuando un ser querido desaparece, o por separación o bien por su fallecimiento; puede ser reciente y real o haberse presentado en el pasado; o ser una pérdida intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente o amenazadora. (Calderón, N. G. 1984).

Sobre carga emocional: es el resultado del juego establecido entre un nivel demasiado alto de exigencias exteriores y autoexigencias. Por un lado interviene la sobre estimulación exterior, y por el otro, el estado interior de agotamiento emocional.

Aislamiento: obedece a un aislamiento real y objetivo de tipo sensorial (sordera, ceguera); social (falta de amistad), o por una vivencia de soledad experimentada por una persona más o menos acompañada de otras

Crisis o cambios súbitos: suele establecerse a partir de cambios bruscos en las condiciones de vida.

Calderón (1984), determina que la causa psicológica principal es la mala integración de la personalidad en la etapa formativa; y como factores desencadenantes: *a*) pérdida de un ser querido; *b*) pérdida de una situación económica; *c*) pérdida de poder; *d*) pérdida de la salud: enfermedad con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física, enfermedades que determinan alteraciones estéticas y enfermedades que afectan la autoestima.

DEPRESIÓN Y DESARROLLO

La semiología depresiva evoluciona en función de la edad; primero una depresión anaclítica apenas característica con predominio de las manifestaciones somáticas, después una multiplicación de conductas de protesta y aparición de fracasos en el aprendizaje en la etapa escolar, y en la adolescencia, el establecimiento progresivo de conductas psicopáticas y delictivas, paralelamente a la prevalencia de vacío y sentimientos de pérdida. (Arieti & Bemporad, 1978; Marcelli, 1992.) Cabe resaltar su evolución:

Primera infancia.

Spitz (1946), refiere que la privación materna durante los primeros meses de vida puede conducir a graves perturbaciones emocionales, sobre todo cuando no existe un sustituto adecuado, desarrollando una serie de síntomas que en su conjunto constituye una "depresión anaclítica", caracterizada por llanto, retraimiento, expresión de tristeza, rechazo al contacto y rigidez. Este autor afirmó, que estos síntomas no implican una situación intrapsíquica similar al de los adultos depresivos, puesto que en los niños pequeños no está presente el Superyó tiránico que dirige los impulsos agresivos en contra del Yo. Sin embargo, dice que de alguna forma interviene la agresión dirigida contra la propia persona, porque carecen de un amor externo (la madre) que absorba las tendencias agresivas y estimule la expresión libidinal necesaria para neutralizar la agresión.

Edad preescolar.

La individuación psicológica del niño respecto de su madre marca el comienzo aproximado de esta etapa del desarrollo, en la cual sus procesos de gratificación cambian. El niño ya no se contenta con recibir y ser pasivamente alimentado, prefiriendo en cambio hacer cosas por sí mismo (Mahler, 1968). En esta etapa el niño parece enfrentarse con una opción decisiva: gratificarse en el ejercicio de su voluntad, corriendo el riesgo de ser censurado por sus padres o inhibir sus inclinaciones espontáneas para asegurarse su amor. Por lo cual las raíces de la depresión se encuentran probablemente, en el castigo y la falta de respuesta por parte de los padres ante las normales actitudes de exploración y aprendizaje del niño, que permite la inhibición inconsciente de las actividades necesarias

para adquirir más tarde la noción del propio valor por medio de la realización personal.

Edad escolar.

A esta edad, la autoestima del niño depende las respuestas de las figuras parentales, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de éstas tienen efectos devastadores inhibiendo el comportamiento a consecuencia de su desaprobación, provocando que él sienta que nunca llegará a triunfar y que no tiene sentido esforzarse. Así los estados de tristeza, se ven favorecidos cuando los padres establecen ideales irrealizables, o cuando son depresivos exhibiendo una constante actitud de rechazo. Sin embargo, estos estados anímicos rara vez perduran y se revierte con facilidad a los cambios externos. En cambio, una anormal presión que induce al niño a complacer a sus padres o renunciar a su satisfacción personal asegura los síntomas, que pueden presentarse como "equivalentes depresivos": rabietas, desórdenes en el sueño y la alimentación así como propensión a los accidentes.

Pubertad.

En esta etapa, las facultades cognitivas del niño le permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad hacia los demás, la internalización de valores, normas y un incipiente sentido de sí mismo. Es normal que se preocupe menos por las opiniones de sus familiares que por los juicios de sus iguales o de la sociedad. Sin embargo, llevan dentro de sí los sistemas internalizados de creencias familiares que aprendió de sus padres. Los niños que no logran cumplir los ideales paternos se deprimen porque viven esta incapacidad como un fracaso personal, indaga y evalúa su comportamiento en función de sí mismo y no en función de sus padres. Esta característica cognitiva determina el sentirse deprimido independiente del entorno inmediato.

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El interés por el estudio de la depresión en la adolescencia ha generado heterogeneidad en los puntos de vista, haciendo especialmente difícil la distinción entre la depresión inevitable vinculada a la adolescencia misma y la depresión como episodio patológico.

Según Marcelli (1992), las posturas se dividen en tres categorías:

- Unos consideran que la depresión es rara en la adolescencia porque no se observa el cuadro clínico característico del adulto. (Wicks, 1997)
- Otros, consideran que la depresión existe, pero toma formas diferentes fácilmente enmascaradas tras las conductas más frecuentes en la adolescencia. Atañen que ciertos padecimientos como la anorexia, conductas bulímicas, diversas toxicomanías y algunas acciones impulsivas, son testimonio de diversos grados de sufrimiento en el contexto de una depresión de la adolescencia. (Easson, 1977, Deykin, 1987)

- Y otros, señalan con algunas modificaciones semiológicas menores, la existencia de episodios depresivos completamente típicos, pero también detectan manifestaciones particulares que deben considerarse como el inicio precoz de una enfermedad maniaco-depresiva. (Winokur, Clayton y Reich, 1969)

No obstante, estas divergencias, dejan pasar inadvertidas las manifestaciones de tristeza y oscilaciones del estado de ánimo del adolescente. El problema radica en diferenciar entre los realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento como reacción ante frustraciones más o menos triviales.

Por lo anterior, Marcelli (1992), distingue cuatro situaciones presentes en la adolescencia:

Tristeza. Es una fase de "taciturnidad"; el estado de ánimo es en general depresivo, se acompaña de discreta dificultad para conciliar el sueño cuando la tristeza predomina por la tarde, a veces, con la sensación de no ser capaz de realizar ciertas actividades disminuyendo levemente su rendimiento escolar, apareciendo los reproches de los padres dando lugar a gestos suicidas intermitentes. No obstante, conserva sus actividades, intereses positivos (escolares, culturales, deportivos, afectivos, etc.) En ciertos casos frente al humor depresivo, adopta actitudes de lucha, oscilando entre crisis de llanto y un estado de júbilo para defenderse de un cuadro depresivo duradero.

Crisis ansioso - depresiva. Esta crisis se manifiesta por los siguientes síntomas:

1. Irrupción de un cuadro de ansiedad, acompañado de manifestaciones somáticas (palpitaciones, sudación de manos, bato en la garganta, etc). Miedo a la tristeza.
2. Estado de ánimo triste, que irrumpe el estado ansioso, caracterizado por crisis de llanto frecuente. En el curso de estas puede verse invadido por el temor ante las ideas sobre la muerte y los pensamientos suicidas.
3. Dificultades para dormir, despertar nocturno y pesadillas.
4. Alteraciones alimentarias: especialmente crisis de bulimia con o sin vómitos espontáneos o provocados, y rara vez pérdida de apetito.
5. Sentimiento discreto de menosprecio (sobre todo respecto a la escolaridad)
6. Son posibles las ideas sobre la muerte, a la vez que una tentativa de suicidio (en general con medicamentos o sección de venas), por lo general en un contexto reactivo e impulsivo.

Síndrome depresivo grave

La semiología depresiva es similar a la que se observa en el adulto, en particular después de los 14 o 15 años. Está constituida por los siguientes síntomas:

- a) Más que un enlentecimiento psicomotor, por el contrario el adolescente puede tener un aspecto hostil, enfadado, indiferente con voz monótona. No presenta un aspecto verdaderamente abatido.
- b) Pérdida de la fluidez del pensamiento; con lentitud de respuestas, en la secuencia de ideas y tendencia al empobrecimiento. Su pensamiento es estereotipado, persistente y permanente.
- c) El humor depresivo rara vez es expresado directamente por el adolescente. Se manifiesta por falta de interés o de placer de las actividades escolares, grupales y culturales habituales.
- d) Ansiedad mucho menos frecuente o nula.
- e) Retraimiento social, familiar y afectivo.
- f) Fatiga y pérdida de energía.
- g) Menosprecio o sentimiento de indignidad (vinculado a la escolaridad o relaciones interpersonales).
- h) Ideas sobre la muerte, desde el simple pensamiento hasta el deseo de muerte o de suicidio.
- i) Dificultades en la atención y concentración (catalogadas de "pereza" por parte de los padres y maestros).
- j) Alteraciones en la alimentación, sea por disminución con pérdida de apetito, indiferencia ante los alimentos o una conducta anoréxica o alternancia de la conducta bulímica y anoréxica.
- k) Trastornos del sueño: dificultades para conciliar el sueño, despertares durante la noche, despertar precoz o por el contrario somnolencia matutina.

No obstante, pese a un evidente estado depresivo, el adolescente, conserva una actitud especialmente interesante para él.

Cuadro depresivo.

Es un espectro depresivo constituido por la presencia de "equivalentes depresivos", que subyacen a una semiología distinta a la depresión. Estos son: anorexia, crisis de bulimia, fracaso escolar, fobias escolares, conductas toxicofílicas, ciertas conductas delictivas, etc, éstas surgen como una lucha para no experimentar sentimientos depresivos, ya que por lo general niegan sus matices y los enmascaran por medio de ellos.

Por otra parte, Marcelli (1992), enmarca dos tipos de depresión comunes en esta etapa:

Depresión por complejo de inferioridad. Se manifiesta por una pérdida de la autoestima y por sentimientos de inferioridad. El adolescente se siente que no es querido y apreciado sobre todo por los de su entorno inmediato. Este sentimiento, se acompaña con un desinterés más o menos importante, a su vez de timidez y pensamientos dismorfofóbicos. Pueden desarrollarse conductas reactivas o defensivas como búsqueda de pruebas de su valor personal. Se trata de una problemática esencialmente narcisista, residiendo principalmente en el conflicto entre las exigencias ideales que se plantean y la evaluación de su Yo presente. Estas exigencias ideales toman a menudo un matiz megalomaniaco, que colma una amenaza de pérdida de identidad. (P. Ferrari y A. Braconnier, 1976)

Depresión por abandono. Es una forma de depresión de los adolescentes llamados Border line o límite, que especialmente pasan al acto mediante gestos autoagresivos o heteroagresivos. Masterson (1972), fue el primero en considerar esta modalidad depresiva en los adolescentes borderline, considerando la depresión por abandono como la segunda característica de la tríada borderline. La primera está marcada por la incapacidad del adolescente para afrontar de manera satisfactoria el segundo proceso de separación-individualización. Esta incapacidad de enfrentamiento e incremento de la angustia provoca una reacción depresiva, representando la segunda característica. Frente a esto, el adolescente reacciona a menudo empleando los mecanismos de defensa propios de sujetos bordelines, pasando al acto frecuentemente caracterizados por disociación y mecanismos de negación, etc.

Cabe resaltar, psicodinámicamente, que la depresión en la adolescencia, es en gran parte, por el desequilibrio emocional de la misma, constituido por cambios corporales (duelo por el cuerpo perdido); esfuerzo por consolidar su identidad psicosexual (duelo por el rol infantil) y esfuerzo para lograr su independencia (duelo por los padres de la infancia).

La depresión en la adolescencia, se encuentra bajo el efecto de una amenaza de pérdida objetal y de una sacudida de sus cimientos narcisistas (pérdida de la quietud del cuerpo, de la estabilidad de la imagen corporal, de la bisexualidad potencial y la pérdida del objeto edípico), agravándose la una a la otra.

En efecto, la depresión puede adquirir en función de dichas pérdidas, un impacto traumático y desorganizado, acentuándose por el narcisismo del adolescente que se encuentra menos afianzado y más dependiente a los objetos externos. Como es el caso de adolescentes que han sufrido fallos precoces en su desarrollo y sobre todo en la primera fase de separación - individualización, que se repite en esta fase, poniendo a prueba la configuración representativa de los imagos edípicos y de las cuales depende la integración de una imagen de un cuerpo sexuado y una representación adulta de sí misma. (Lebovici, S, Diatkine, R. y Soulé, M, 1989)

La depresión resultante de las frustraciones que enfrenta el adolescente ante la necesidad de independencia, conduce a diferentes variedades clínicas de depresión enmascarada como delincuencia, toxicomanía, trastornos de las conductas alimentarias, trastornos del comportamiento (como estado depresivo organizado) hasta el suicidio. (Arieti & Bemporad, 1978; Lebovici, et al. 1989, Calderón, 1984)

En su forma más grave, se produce una alteración de la conciencia con estados de confusión y despersonalización, predominando un pensamiento psicótico, caracterizado por ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo con temáticas de culpabilidad, indignidad y muerte.

Por su parte, Erikson (1959), dice que otro factor que influye en las manifestaciones depresivas, es el sentimiento de irrevocabilidad y desesperación. Estos implican en el adolescente, el temor al tiempo y la incapacidad para manejar la dimensión temporal, así como la aparición de un pensamiento extremo, como si viviera en un mundo de "todo o nada", dándole trascendencia a hechos triviales y reaccionando de una manera dramática y determinante, incidiendo en la total depresión, además de la extrema desesperación que denota la inmadurez de sus juicios y predisponerlo a los actos impulsivos, conductas autodestructivas y reacciones extremas.

Por otro lado, existe una variedad de factores de riesgo ante la depresión; siendo el entorno familiar el que influye de manera tajante en la aparición de la misma.

- La presencia de uno o ambos progenitores con características psicopatológicas depresivas.
- Constantes intromisiones de los padres que dificultan el necesario proceso de separación, llevando al adolescente a conductas impulsivas e incluso a una "identificación" con el progenitor deprimido.
- Hijos únicos en la familia, quienes son más vulnerables, debido a que el vínculo con sus padres edípicos difícilmente permiten el proceso de distanciamiento. Además del temor de decepcionar las aspiraciones de los padres.
- Familias simbióticas, quienes viven y realizan el mito de una "buena familia", proveedoras de cualquier satisfacción. Suscitan un apego particularmente intenso que dificultan el proceso de separación y elaboración de los duelos de esta etapa.
- Fallecimiento de uno de los progenitores, donde la idealización de la imagen paterna dificulta la posibilidad de desvinculación del adolescente, lo que acentúa esta imagen por un lado y el autodesprecio por el otro.
- Abandono de uno de los progenitores, en ella preserva en el adolescente las amenazas de pérdida, caracterizada por sentimientos de abandono y temor a las separaciones.
- Adolescentes huérfanos de padre o madre, especialmente cuando son del mismo sexo, genera en ellos sentimientos de menosprecio, pero viven con una constante idealización del padre perdido.

- Separación de los padres a consecuencia de divorcio; permite mayor vulnerabilidad, presentándose sentimientos de abandono e idealización de alguno de ellos.

Finalmente, los acontecimientos del pasado o recientes caracterizados por constantes rupturas acentúan el sentimiento de pérdida. La suma de estas experiencias, dificulta el proceso de separación - individuación, conduciéndolo al camino de la depresión. Existiendo una amenaza a la integridad de la imagen corporal por lo que un fracaso escolar confirma una duda narcisista; una mudanza le hace perder figuras transitorias de identificación (amigos, bandas, etc.), un desengaño sentimental y otros tantos factores fijan cada vez más sus objetos internos perdidos. La depresión en la adolescencia es el resultado de un rechazo de una realidad decepcionante y un repliegue sobre posiciones fantasmáticas infantiles vinculadas con el mantenimiento de la investidura de los vínculos objetales.

RELACIÓN DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Si por un lado, la depresión constituye una problemática central en el proceso de la adolescencia, por otro, la tentativa de suicidio representa una conducta específica de la misma.

Para algunos autores, el intento de suicidio está directamente relacionado con el contexto de la depresión (Haim, 1970; citado en Marcelli, 1992), puesto que las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en el depresivo pueden a creer que merece la muerte (Mendels, 1977); se desprecia a sí mismo, como si su conciencia se hubiera apoderado de su voz y de su cuerpo y se lanzara al ataque contra él. (Ostow, 1973)

En cambio, para otros, el momento suicida corresponde a un momento psicótico de ruptura con la realidad y no tiene una relación directa con una problemática depresiva.

Si bien es cierto, que el suicidio y la depresión cabalgan juntos, se cometería un grave error si se redujese el suicidio adolescente a una consecuencia depresiva. (Polaino, 1988).

Aunque la depresión sea un factor de riesgo importante, no implica necesariamente su presencia para que se produzcan conductas suicidas, sino pueden estar relacionadas a problemas de comportamiento, como conductas disociales o bien por conductas de agresión e impulsividad del tipo acting out en el trastorno psicopático. (González, citado en Ledesma y Melero, 1989)

La presencia de la depresión es una causa insuficiente de la conducta suicida. De hecho este sentimiento puede o no ser antecedente del acto en sí. Aunque un factor intrapsíquico es desde luego, un factor en la motivación suicida, es probable encontrar el origen del impulso en una o más de las relaciones de la persona con otros. (Sullivan & Everstine, 1992)

En síntesis, independientemente de la relación de la depresión y la conducta suicida, es visible en su conjunto la problemática con la que todo adolescente debe

enfrentarse, razón importante para comprender la significación y relación entre ellas.
SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas. Diversos autores han analizado el suicidio desde perspectivas diferentes con la intención de dar una explicación coherente sobre el mismo.

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

Los fundamentos de la teoría sociológica, partiendo de Durkheim (1971) sobre el suicidio. De acuerdo con su tesis llama al suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría producir este resultado". Considera que el suicidio no puede ser explicado por motivaciones individuales, sino por perturbaciones en la relación entre individuo y la sociedad. Con base en este planteamiento establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.

El *suicidio egoísta*, se refiere a la existencia de un trastorno en la colectividad social y un exceso en la individualidad de la persona (soledad y aislamiento). El *suicidio altruista* es aquél, en el que la sociedad dicta la acción suicida por excesiva integración al grupo social. El *suicidio anómico*, se produce cuando hay un trastorno como cambio que rompe el equilibrio entre la sociedad y la persona, aunado a un sentimiento de falta de significado a la vida. Y por último el *suicidio fatalista*, este se caracteriza por una excesiva reglamentación, en donde, la conducta suicida es la solución a un estado de control insoportable, descartando los cambios sociales producidos.

Desde la perspectiva psicoanalítica, para Stekel (citado en Sarró & De la Cruz, 1991; Sullivan & Everstine, 1992), el suicidio es como un homicidio frustrado con una agresividad interiorizada. Afirma: "nadie se mata a sí mismo que no desee matar al otro, o al menos, desee la muerte del otro". Este autor, propuso que la antigua "ley del talión" ("ojo por ojo y diente por diente") explicaba el pensamiento patológico de una persona suicida; sostenía que esta ley se aplica básicamente en esta forma:

- 1) La persona (que más tarde se convertiría en suicida) se forma el deseo de que otra persona muera,
- 2) El deseo no tiene manera de expresarse;
- 3) Un deseo asesino es un "crimen" y "el castigo debe ser adecuado al crimen";
- 4) La persona que formuló el deseo debe cargar con la culpa por haberlo concebido;
- 5) La culpa sólo podrá expiarse mediante la propia muerte de la persona, muerte que sólo podrá ser auto - inflingida.

Asimismo, Adler (citado en Farberow y Shneidman, 1969), observó que el suicidio puede significar un acto de reproche o venganza velada hacia los padres.

Para Freud, el suicidio era un síntoma penoso, producto de la civilización, como consecuencia de las tendencias autodestructivas presentes, en cierto grado, en cada persona,

convirtiéndola en un ser vulnerable hacia el suicidio. (citado en Sarró & De la Cruz, 1991)

En sus obras: *Psicopatología de la vida cotidiana (1848)*, "*Duelo y melancolía*" (1917 [1915]) y *Más allá del principio del placer (1920)*, interpretó al suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica 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. Agregó que ningún neurótico presenta propósitos de suicidio que vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro, es decir la destrucción del objeto amado introyectado. Asimismo, afirmó que el individuo trata de obtener una ganancia secundaria a partir de un síntoma, acto o enfermedad, para resolver conflictos intrapsíquicos preexistentes, limitándose aquellas satisfacciones incidentales e inesperadas que surgen después del establecimiento de la enfermedad o la aparición del síntoma o acto. (citado en Farberow y Shneidman, 1969)

Para Otto Rank (1959) citado en Sarró & De la Cruz, 1991; la muerte autoiniciada es el resultado de un conflicto dentro del ego, entre el miedo de vivir y el miedo de morir. Este conflicto implica una estrategia basada en la negociación de la vida para la no-muerte: el individuo neurótico inhibe su vida y, se mata lentamente para evitar su muerte.

En tanto, Jung (1959), postuló que en el suicidio, surge un peligro en el Self (el propio ser), donde la muerte es más deseable que la vida. La persona con ideas suicidas tiene anhelos, rara vez, conscientes de un renacimiento espiritual; siendo el suicidio, la muerte del ego, que ha perdido contacto con el self que debe volver al seno de la "*magna mater*" para establecer contacto y renacer. El acto suicida ocurre cuando: a) prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte; b) el ego se ve envuelto en el conflicto; c) el resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un intento de preferir tales actos asesinos; y d) la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión. (Farberow & Shneidman, 1969)

En 1959/1973, Mauricio Abadí destaca que el suicidio es una actuación psicótica resultante de ciertos mecanismos de defensa del Yo frente a determinados peligros de los que trata de escapar; supone intensas ansiedades paranoides y vivencias persecutorias. El suicida interpone en entre él y el perseguidor el abismo infranqueable de la muerte, pero tratándose de una muerte mágica, más allá de la cual siente garantizada su supervivencia fuere del alcance del perseguidor.

Para Angel Garma (1973), el suicidio es un acto de autosadismo intenso. El Yo realiza una acción agresiva contra sí, con una fuerza tal que consigue destruirse, motivado por la muerte de la persona amada o por un grave quebranto económico, sintiéndolas como pérdidas irreparables, con la creencia que la vida carece de interés, ya que se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos.

Psicoanalíticamente se podría expresar este hecho diciendo que la pérdida de objeto libidinal muy valioso es una de las motivaciones del suicidio. El suicida desea desaparecer de la vida, del mismo modo que para él ha desaparecido su objeto libidinal.

Asimismo, dice que el suicidio es una agresión al exterior que, secundariamente por motivos diversos, se ha vuelto en contra del yo; por lo que si la agresividad al exterior cambia de aspecto por cualquier motivo, las ideas de suicidio se modifican. De manera que el suicidio es como una venganza hacia aquellos que lo han orientado a esa solución ya que con su muerte se pretende transformar el ambiente que le rodea y provocar sentimientos de culpa.

Por otra parte, Karl Menninger (1972), dice que existen en la humanidad fuertes propensiones hacia la propia destrucción, es decir impulsos primarios de destructividad contrapuestos por un instinto de vida, que llegan a efectuarse como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores. Atribuye como causas inmediatas: locura, enfermedad y ruina económica. Considera tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Además, señala que en la práctica autodestructiva intervienen tres elementos: el autopunitivo, el agresivo y el erótico.

El deseo de matar. Representa los impulsos autodestructivos, tanto dirigidos hacia fuera como contra sí mismo, ante la proximidad de un rival y amenazas de la privación de satisfacciones. Estas amenazas vigorosamente defendidas por el ataque provocan prontamente los impulsos agresivos. En esencia, el objeto de ataque es la destrucción del intruso. Conectado con ello, están los sentimientos de resentimiento y de miedo a represalias y a otras consecuencias. El resultado es el deseo de eliminar la fuente de la amenazadora privación, el objeto de miedo, pero que finalmente se consume sobre la persona en que se originan los sentimientos a modo de objeto sustituto, realizando un asesinato desplazado.

El deseo de ser matado. Es la modalidad extrema de sometimiento; el individuo disfruta de la sumisión, el dolor, la derrota, aunque termine con su muerte. Es la esencia del masoquismo, que se halla en la representación interna y psicológica de la autoridad; el Yo, debe sufrir en proporción directa a su destructividad externamente dirigida. Si el individuo dirige una agresión de cierta naturaleza sobre alguna persona de su medio ambiente, la conciencia o Superyó dirige un ataque de la misma naturaleza contra su Yo.

El deseo de morir. Se traduce como las ansias de reposo y la voluntad de alejar o rehuir de los conflictos. A menudo es interpretado como la expresión de fantasías de nacimiento, o más exactamente, como un deseo de regreso al seno materno.

Desde el punto de vista interaccional, el suicidio es un suceso que pretende enviar un mensaje de una persona a otro; existe una persona específica que se espera reciba el mensaje del suicidio; el acto suicida se comete por esa persona, por encima de todo; y el principal contenido del mensaje que se transmite es el enojo. En el caso "ideal", quien recibe esta información se verá forzado a reflexionar sobre ella y sacar conclusiones al respecto. El impacto final en la otra persona es que ésta debe contemplar, comprender y reaccionar a lo que sucedido. La representación simbólica de un suicidio realizado es la "muerte" o la "muerte en vida" de un sobreviviente. A este ser importante se le asigna el papel de quien sobrevive pero que, por poder, ha sido asesinado. De allí que con un solo

acto se pretenda cometer dos muertes: una verdadera y una simbólica.

En resumen, un suicida atraviesa estas etapas: 1) desea la muerte de otra persona; 2) se ve impedido de hacer realidad este deseo; 3) "mata" al sobreviviente por medio de la eficaz técnica de matarse. El sobreviviente se ve forzado a seguir viviendo y su vida quedará marcada en forma indeleble

Por otra parte el *intento de suicidio* es definido por Diekstra (1989), como una conducta de afrontamiento, que conlleva una autolesión intencionada. Considera que más que la búsqueda de la muerte, las motivaciones son conseguir una interrupción de una experiencia consciente asociada a una demanda de atención para movilizar o modificar el entorno. La muerte es valorada por persona suicida como una manera de solucionar o conseguir cambios deseados en la conciencia y las condiciones sociales. La tentativa es un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por persona suicida, que causa autolesiones o las provocaría si las demás no intervinieran, o es debida a una sobreingesta de medicamentos. (Sarró & De la cruz; 1991)

Pierre Moron (1987) como el acto suicida que no ha sido consumado y permite la intervención médica.

Weiss en 1957 (citado en Farberow & Shneidman, 1969), clasifica el intento de suicidio en tres grupos:

Suicidios abortados: las personas intentan seriamente destruirse y, lo lograrían si sus esfuerzos no se vieran frustrados por un acontecimiento fortuito, por atenciones médicas oportunas o por cierta ignorancia o ineptitud de su parte.

Verdadero intento de suicidio: las personas no están totalmente determinadas a destruirse a sí mismas, pero, se juegan la vida en aras de un premio, esperando ganar y vivir a pesar del peligro involucrado.

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

Agrega, que en todos los intentos de suicidio va incluido un llamado de ayuda, evidente o implícito, no necesariamente relacionado con algún estado mental en particular. El acto suicida, en efecto, conmueve y despierta intereses compasivos de quienes afecta, ya sean amigos, familia, o extraños.

Stengel (1965) afirma, el intento de suicidio es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. Psicodinámicamente, es un acto no fatal, donde la agresión es dirigida hacia los otros, que advierte un deseo de búsqueda de contacto, ya que tiende en el momento del acto a permanecer cerca de otras cerca de otras personas o dirigirse a ellas. Considera también que el intento de suicidio es la intención de impresionar o herir a otra gente más evidente que el impulso a la autodestrucción.

La agresión dirigida contra los otros es más manifiesta en los intentos suicidas que en el suicidio. Casi de manera invariable se ha dado algún aviso de la intención suicida. Los intentos suicidas obran como señales de auxilio y tienen el efecto de un pedido de ayuda, aunque dicho pedido pueda no haber sido conscientemente intencionado. El carácter consciente del efecto de llamado por parte de quienes intentan el suicidio varía mucho. Las personalidades histéricas y psicopáticas tienden a explotarlo, mientras que casi todos los demás no parecen pensar en él en el momento de intento. En virtud de su efecto de llamado, el intento suicida a menudo conduce a un cambio en la situación vital de la persona. El efecto de auxilio de intento de suicidio sobre los parientes y amigos se deriva de los sentimientos de culpa que crea en ellos. Los sentimientos de culpa experimentados por los otros en esa situación ha sido considerado como reacciones a deseos de muerte, conscientes o inconscientes, dirigidos hacia la persona que trató quitarse la vida. De hecho, las personas cercanas a la que intentó el suicidio tratan de comportarse como deberían haber sentido que tenían que haber actuado si el resultado hubiera sido fatal. Este parece ser un motivo importante para las reacciones de ayuda que siguen a los intentos suicidas. Éstas reacciones pueden tener poca duración o ser abortivas, pero están casi siempre invariablemente presentes.

Otro cambio que a veces sucede a una tentativa de suicidio es la aceptación de tener que depender de otros, lo que habitualmente significa retornar a una previa relación dependiente. Esa es la razón por la cual un intento suicida actúa como llamado, como un grito de socorro potencial.

La incertidumbre del resultado, desde el punto de vista de la persona que comete el acto, es una característica común de la mayor parte de las tentativas de suicidio, ya que es una jugada con la vida que ha salido bien. Pocos intentos suicidas se planean cuidadosamente. Su desenlace depende no sólo del equilibrio entre las tendencias de conservación de la vida y las autodestructivas, sino de una variedad de factores desconocidos, tales como el poder del veneno ingerido y la posibilidad de intervención del medio, su oportunidad, eficacia, etc.

Se cree a menudo que a estos últimos, son actos impulsivos, por lo que no hay necesidad de tomarlos en serio, porque se piensa que están precipitados por la situación antes que por una intención suicida consciente.

La liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo es una explosión emocional puede tener un efecto catártico beneficioso para el estado mental de una persona, o sea que puede descargar la tensión reprimida y de ese modo restablecer el equilibrio emocional. Esa es posiblemente una de las razones por las que algunas personas se sienten muy mejoradas tras un intento suicida y dejan de contemplar la posibilidad de repetirlo. Es difícil probar ésta hipótesis porque a menudo existen otras explicaciones más obvias sobre el mejoramiento de la situación vital del individuo.

Se supone que el impulso al autocastigo desempeña un papel complejo en las motivaciones de los actos suicidas. Se experimenta, frecuentemente, como una gratificación a este impulso y puede contribuir así a una descarga de la tensión emocional. Muchas

personas se sienten culpables y después del acto se encuentran justificadas; están claramente conscientes de su significado agresivo, aun cuando el deseo de morir ocupara el primer lugar en sus mentes

Farberow (1969), emplea el término autodestrucción en lugar de suicidio; define la *Autodestrucción* como un concepto psicológico específico que implica una psicodinamia consciente o inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo a las características peculiares del ego. Este autor, postula que hay dos formas en que puede darse el intento de suicidio: el impulsivo y el planeado. En el impulsivo, es una acción rápida, que no se piensa serenamente y se realiza en un momento en que está disminuido el grado de consciencia; que generalmente cometen los jóvenes. En tanto que en el planeado, los pensamientos son más o menos prolongados y de premeditación y reflexión más o menos maduras. El intento puede producirse después de que el individuo ha fantaseado repetidas veces el acto con relación a sí mismo o a los demás. Es el tipo de intento más frecuente entre los jóvenes con algún tipo de enfermedad crónica, donde el riesgo suicida siempre está presente.

Mardomingo (1992), citado en Rodríguez, S. (1995) configura el concepto suicida en la adolescencia, en cuatro apartados: suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza de suicidio e ideación suicida.

- *El suicidio consumado*, incluye todos los actos autoinflingidos por el joven y que dan como resultado la propia muerte.
- *Intento de suicidio o parasuicidio*. Se refiere a todo acto realizado por el joven que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo.
- *Ideación suicida*. Es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación del acto o las amenazas.

En general, existen contenidos fundamentales que se deben tomar en cuenta:

1. El suicidio en la infancia y la adolescencia no es un proceso psicopatológico, sino una conducta.
2. Es una conducta voluntaria con plena consciencia del sujeto.
3. En la adolescencia la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación, la amenaza y las posibles tentativas que pueden finalizar en el suicidio consumado.

Para Cobo (1992), la conducta suicida en la adolescencia, se encuadra en conductas autodestructivas o eliminatorias con un gran componente de ambigüedad en cuanto a la intencionalidad de matarse, puesto que tiene más deseo de escaparse que de morir; por la cual utiliza métodos autolesivos en momentos de desesperación de la vida, de la que no encuentra salida.

Sócrates Thanassis (citado en Ledesma, 1989), el intento de suicidio puede tener el

carácter de petición y ayuda de cualquier tipo, porque junto a la tendencia autoagresiva casi siempre se caracterizan por ser un previo aviso.

L. Bender, describe el mecanismo del suicidio adolescente así: A) Como una reacción del adolescente ante una situación insoportable tratando de huir. B) En general, las situaciones que percibe insostenible son la falta de cariño o al menos tienen esa creencia. C) Dicha privación provoca tendencias agresivas inicialmente dirigidas contra quienes le niegan su cariño. D) Influidos por los sentimientos de culpabilidad, las tendencias agresivas se vuelven contra sí mismo mediante el intento suicida. E) Este acto, al mismo tiempo es una represalia contra quienes le rodean y una forma para lograr el amor que considera carente. (Aujuriaguerra, 1983)

Weiner & Elkind (1976), consideran que la conducta suicida de los adolescentes es una respuesta impulsiva y precipitada a alguna desilusión o frustración inmediata, como la repetición del curso, el alejamiento de un novio o alguna discusión con los padres. Así mismo, dicen que los jóvenes que intentan suicidarse por lo general tienen una larga historia de profunda inestabilidad y discordia familiar y han llegado a un punto en el que se sienten alejados de sus padres e incapaces de recurrir a ellos en busca de apoyo. Con frecuencia éstos adolescentes han buscado desesperadamente la intimidad y la ayuda emocional de otras personas, sólo para que estas relaciones se derrumben por una u otra razón. El adolescente suicida ha debido afrontar un creciente conflicto familiar, relaciones sociales que se disolvían y un progresivo sentimiento de soledad y desesperanza y poco a poco han llegado a la conclusión de que el suicidio es su única salida. De esta manera, los jóvenes solitarios y alejados de familias desintegradas constituyen el grupo con mayor probabilidad de suicidio.

Agregan, que es importante reconocer que la conducta suicida de los adolescentes casi siempre representa el intento de un joven problematizado de comunicar su desdicha, en especial a sus padres, y de producir algún cambio en el modo en que lo tratan. Por esta razón, muchas veces se dice que la conducta suicida es un llamado de auxilio, por lo que se llevan a cabo en el hogar.

La pragnosis de la conducta suicida depende en gran medida del impacto que causa. Si el intento del adolescente hace que sus padres reconozcan sus dificultades y, en consecuencia, se esfuercen por mejorar su comunicación con él y por solucionar los problemas familiares, hay muchas posibilidades de que se evite una posterior conducta suicida. Sin embargo, cuando los padres no se interesan por el intento del adolescente, como razón para cambiar sus pautas de vida; reaccionan con rabia, desprecio y ridículo. Esta actitud representa un riesgo considerable de que el adolescente realice esfuerzos ulteriores y más serios para lastimarse.

Por otro lado, Georges Amado (1985), dice que en el momento que adquiere conciencia de su ser es cuando el adolescente puede entrar en la "verdadera" patología y cuando puede causar voluntariamente su propia muerte. Desde el momento en que "yo soy" enfrenta la vida, el individuo se da cuenta que es todo y no es nada, autoagrediendo, descubriendo que, si bien no pudo crearse, puede destruirse. El suicida se da muerte sólo para ser. El suicida se plantea esta cuestión: ser existente o no ser nada. La descarga

absoluta del suicidio patológico se ilustra exclusivamente la pulsión de muerte, a causa de su contexto psíquico; puesto que el acto en sí mismo no es patológico, sino el mecanismo mental. En realidad, la disminución del deseo de vivir se explica por la imposibilidad de hacer duelo de los objetos catectizados de la propia imagen narcisista, haciendo intolerable el apego hacia sus imágenes. El riesgo es a veces calculado, aún en el caso del suicida heroico, éste puede ganar en dos campos: en este mundo, si lo abandona; en el más allá, si perece. En el caso de sobrevivir, el suicida se siente a veces absuelto, lo que puede entenderse como el resultado de una breve y profunda regresión que libera las pulsiones de vida.

Seiden, 1969 citado en Arieti & Bemporad (1978), dice que la principal característica que distingue a la verdadera intención suicida es el aislamiento social, ya que mientras haya alguien a quien el adolescente pueda recurrir en busca de ayuda o en quien pueda volcar su agresión, el suicida es evitable; por el contrario se convierte en una posibilidad cuando el adolescente cree que no hay nadie a quien le importe si vive o muere. Un verdadero suicidio es el resultado final de un plan meticuloso que no ofrece oportunidad de sobrevivir, mientras que muchas de las amenazas o maniobras suicidas son intentos desesperados de comunicarse con los demás; sin embargo, presenta dos peligros claros. Por una parte una circunstancia imprevista puede causar la muerte accidental del individuo. Por la otra, si este desesperado llamado de atención no es tomado con seriedad por las personas allegadas, es posible que el joven trate de matarse realmente, al convencerse de que en verdad nadie se interesa por él.

Hendin (1976) citado en Polaino (1988), apuntó que algunos individuos que intentan suicidarse se sienten atraídos por la muerte como modo de vida; están inhibidos y atados a la antigua atmósfera familiar de melancolía y desesperanza, que no toleran las oportunidades de placer y participación que les ofrece la vida escolar.

El punto de vista de Jerry Jacobs (1971), considera que el adolescente suicida experimenta los siguientes aspectos, antes de llegar a una decisión:

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

Otros autores amplían el concepto suicida a todas las conductas que significan un riesgo para la vida, que representan una amplia gama de posibilidades autodestructivas heterogéneas en su expresión, pero semejantes en su fondo, pues tienen un riesgo y expresan un juego/diálogo con la muerte. Pero el hecho de pensar en el suicidio no predispone necesariamente a realizar el acto.

FACTORES DE RIESGO SUICIDA

No es posible determinar, las causas que originan los actos suicidas, aunque existan una serie de factores predisponentes que pueden desencadenarlo.

Los intentos de suicidio en la adolescencia suelen presentarse desde los doce o catorce años y aumentar relativamente entre los 15 – 24 años (Aujuriaguerra, 1983; Cobo, 1992); puesto que las tentativas se presentan más en los jóvenes y el suicidio a edades mayores (50 – 60 años).

En cuanto al sexo, el suicidio es más frecuente en los varones, e inversamente el número de tentativas es más elevado en mujeres. Generalmente, consta de tres suicidios en el hombre por uno de la mujer (Sarró & De la Cruz, 1991.)

A razón de esto, el método que frecuentemente emplean las chicas para llevar a cabo su tentativa es la autointoxicación medicamentosa, tal vez por la facilidad de tener a la mano en casa o su venta sin grandes dificultades; que al mismo tiempo mitiga la gravedad del acto por ser un procedimiento que, en comparación con las armas de fuego, ahorcamiento, arrojarse desde una altura, es directamente menos incisivos contra la vida, a diferencia de la intoxicación que representa mayores posibilidades médicas para contrarrestar sus efectos. En virtud, este método constituye en gran parte, ambivalencia y ambigüedad; ya que el medicamento no origina un daño inmediato al introducirse por vía oral, siendo el conducto de la alimentación y de la primera relación afectiva (madre – hijo). A diferencia de los otros métodos utilizados por los varones, que destrozan el cuerpo, la ingestión de fármacos respecta la integridad corporal, conduciendo al sueño y a la regresión; infiriendo el deseo de no morir y ser salvado o dejar al azar el desenlace. (Ballesteros, 1976; Cobo, 1992)

En cuanto al entorno inmediato del adolescente, las dificultades familiares, rupturas, violencia, y antecedentes de suicidio en la familia, son situaciones que desencadenan la conducta suicida en la adolescencia. (Rodríguez, 1995)

Para Wenz 1978 (citado en Polaino, 1988); los adolescentes con riesgo suicida o tentativa de suicidio, forman parte de familias que no se rigen por normas concretas, sino por padres que no ejercen su autoridad desorientadas culturalmente. También es propicio, por disgustos o problemas con la familia, con la finalidad de evitar regaños, carencias, rechazos afectivos, prohibiciones paternas y castigos, con el propósito de castigar a los padres. (Arieti & Bemporad, 1978)

Muchos autores coinciden, que la pérdida parental en la infancia (por muerte, divorcio, abandono o separación) de los padres, es la principal génesis de la conducta suicida. (Shachter y S: Cotter, citados en Aujuriaguerra, 1983). Debido a que la ausencia psicológica del padre constituye un factor primordial, aunado a la indiferencia, hostilidad y la permisividad o exceso de autoridad ejercida por alguno de ellos. (Polaino, 1988)

En cualquier caso, estas circunstancias condicionan la aparición de una situación conflictiva en la que los problemas se muestran insolubles, emergiendo la frustración y el estrés, lo que es percibido por el adolescente como una autodefensa de la que difícilmente sabe defenderse.

En su conjunto, la dificultad para superar la crisis natural de dependencia-independencia respecto de sus padres, a la vez que su idealismo y deseos de autoafirmación facilitan el retraimiento y, en ocasiones, la carencia absoluta de los necesarios soportes social, no pueden hacer frente a sus pequeños conflictos.

Aunado a las características psicológicas del adolescente, como la impulsividad, baja tolerancia a la frustración y distorsiones cognitivas (sobre todo para el reconocimiento afectivo) conducen a una tendencia más manifiesta a paso al acto o acting out ante especiales situaciones de tensión.

No cabe duda, que los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, los trastorno de ansiedad y los trastornos de conducta son los que más posibilidades tienen de llevar a cabo la conducta suicida en determinadas condiciones, sumándole la presencia de estos en comorbilidad con trastornos de la personalidad del tipo límite y/o narcisista. (Polaino, 1988; Marcelli, 1992)

Más clínicamente, Mattson 1969 (citado en Arieti & Bemporad, 1978), distingue seis motivaciones que facilitan la tentativa de suicidio:

1. Pérdida de un objeto de amor, tras la muerte o abandono de un progenitor o bien de otro adolescente del sexo opuesto;
2. Actitudes autodenigrantes y la creencia que la muerte es la única solución con la posibilidad de renacer como una persona más valiosa;
3. "Pedido de ayuda", dirigido a personas ajenas del núcleo familiar inmediato;
4. Intento de suicidio como maniobra coercitiva y deseos de venganza;
5. Desórdenes psicóticos y,
6. "Juego suicida" en el que buscan aceptación por parte de su entorno, pero niegan la muerte y la veracidad de sus intenciones suicidas.

INVESTIGACIONES

Trabajos consultados coinciden en la dificultad para cuantificar el número exacto de suicidios y tentativas de suicidios en la adolescencia, porque es muy frecuente que dichos actos no sean notificados por los padres, sobre todo por la culpa y vergüenza que este acontecimiento les provoca. No obstante, las fuentes de información estadística ayuda a comprender la dimensión de este problema.

La mayoría de los suicidios consumados suceden a partir de los quince años de edad y son excepcionales antes de los 10 años. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, en una proporción de 3 a 1; siendo la tentativa de suicidio mayormente presentada en ellas.

En España, la tasa de suicidios en la adolescencia ha ido incrementando, pasando del 2.3% en 1990 al 6.6% en 1994, con una cifra de 1, 2/1000.000 habitantes menores de 19 años, siendo una proporción entre hombres y mujeres de 2,5/1.

Agudo Pérez (1990), revisó los censos de 1961 a 1980 de Cádiz, sobre el suicidio, y encontró lo siguiente: que las mayores tasas correspondientes a la edad eran de individuos mayores de 60 años y consecutivamente de los 40 a 59 años. En los meses de mayo, junio y julio se contabilizaron los porcentajes más altos, y de octubre a febrero los más bajos.

El suicidio es un problema creciente en México, que afecta principalmente a los hombres de edad avanzada, sin embargo, desde 1976 es un fenómeno que afectó también a la población infantil y adolescente. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), informa que en 1994 ocurrieron 2,215 suicidios, siendo 1,848 (83.4%) en hombres y 367 (16.6%) en mujeres. De éstos, sólo en el Distrito Federal 10 (0.45%) fueron consumados por jóvenes menores de 15 años y 47 (2.21%) por personas entre los 15 - 19 años. En 1995, ocurrieron 2,428 suicidios, siendo 1,999 (82.3%) en hombres y 429 (17.7%) en mujeres. De éstos, sólo en el Distrito Federal 19 (0.78%) fueron consumados por jóvenes menores a los 15 años y 52 (2.14%) por sujetos entre los 15 y 19 años. Con relación a los intentos de suicidio, en 1994 se registraron 153 en todo el país, siendo 81 (52.9%) en hombres y 72 (47.1%) en mujeres. En el periodo comprendido 1994-1995, cuatro de diez suicidios correspondían a las edades de 15 a 29 años, y de ellos más de las tres cuartas partes eran del sexo masculino; mientras que el mayor porcentaje es para los intentos de suicidio en personas del sexo femenino.

En 1996, el suicidio ocupó la décima primera causa de mortalidad con una tasa de 4.6, estimada por cien mil habitantes de 15 a 64 años; en tanto que en el Distrito Federal ocupó la décima séptima causa de muerte.

En especial, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", sede de esta investigación; en el año de 1996, se registraron 48 intentos de suicidios en adolescentes de 13 a 17 años, abarcando las mujeres casi la totalidad con 44 intentos (91.7%). En 1997, se presentaron 47 intentos de suicidio sólo en adolescentes del sexo femenino, que acudieron a consulta externa y hospitalización. En tanto que, en 1997, la incidencia fue de 32

intentos en la población femenina en la unidad de hospitalización.

Esto nos permite observar el aumento de actos suicidas en la adolescencia. Y con ello considerar una serie de factores que precipitan el acto, importantes para su comprensión.

Rodríguez, De las Cuevas, Benítez, Morilla, Furgón, Alamo y González de Rivera (1989), realizaron un estudio de las variables socio-demográficas y psiquiátricas de las tentativas de suicidio del Hospital de Canarias, y hallaron que el patrón epidemiológico del intento se caracteriza por las siguientes características: mujeres entre los 15 y 24 años de edad (76.1%). En cuanto al desencadenante del evento, en el 62.2% existió una discusión inmediata o desacuerdo en una situación interpersonal afectiva. La mayoría de los casos tenían estudios primarios, residentes en zonas urbanas, que padecían un trastorno distímico e intentos anteriores (49.1%), los cuales se encontraban en una situación estresante y psicológicamente intolerable en sus relaciones interpersonales utilizando de manera impulsiva los medicamentos para darse la muerte (73.5%).

Villasana, Medrano, Díez, Grijalvo y Recondo (1990), analizaron las características epidemiológicas de una muestra de 57 pacientes atendidos en un Hospital General de Vizcaya, tras haber realizado una tentativa de suicidio, y encontraron lo siguiente: el 35% eran varones con una media de edad de 27 años y el 65% eran mujeres con una edad media de 23 años; del total de la muestra 62% eran solteros, 34% casados y 4% separados, de entre las mujeres el 87% eran casadas y un 6% divorciadas excluyendo a las mujeres de menor edad. En cuanto al factor desencadenante, el 72% en ambos sexos fueron las situaciones estresantes, amorosas y familiares. En cuanto a las técnicas, las mujeres utilizaron con mayor frecuencia las intoxicaciones medicamentosas (76%), mientras que los varones utilizaron medidas más violentas (90%). De ellos el 40% tenía una historia de tratamiento psiquiátrico previo y tentativas de suicidio anteriores.

Un estudio realizado por Ramírez y Carrasco de la Peña (1989), sobre los modos de autoagresión en la tentativa de suicidio, del Hospital Santiago Apóstol en España, encontraron que entre los 14 y los 38 años utilizaban con mayor frecuencia los medios químicos (67.65%), acentuado en adolescentes ($p < 0,01$); en tanto que los de edad superior (60 y 79 años) preferían los medios físicos. Esto comprobó que en los jóvenes suelen tener más motivos que los adultos para sobrevivir a la tentativa de suicidio, teniendo más interés en mantener y reforzar una relación recurriendo a una autoagresión demostrativa para recuperar atención o cariño. Además que el uso de medios químicos aparece asociado a la presencia de conflictos con personas queridas (familiares, novio, amigos), mientras que el empleo de medios físicos se asocia a la ausencia de dicha problemática. Esta asociación, parece reforzar la idea de que el empleo de medios físicos ocurre en circunstancias de aislamiento o empobrecimiento de relaciones interpersonales, con mayor desinterés por la respuesta social a la tentativa, y con mayor búsqueda a la muerte ($p < 0,05$). Por el contrario la utilización de medios químicos con frecuencia se relaciona con una agresión realizada por alguien que no ha perdido definitivamente la esperanza de ser digno de interés y de cariño de otras personas.

Connell (1991), realizó un estudio con adolescentes de 14 a 19 años de edad,

analizando el estrés, la depresión y los intentos de suicidio, en relación con su edad. Los resultados mostraron que un gran número de adolescentes, presentan dificultades de estrés y depresión, estadísticamente significativas en relación con el intento de suicidio, siendo el porcentaje más alto en hombres que en mujeres. Concluye que el porcentaje de adolescentes que intentaron suicidarse marca la importancia de la prevención del suicidio en esta población que presentan tendencias a muestras de estrés y depresión.

Kienhorst, Wilde, Diekstra y Wolters (1992), realizaron un estudio, donde compararon adolescentes con intento de suicidio (n=48) y adolescentes con trastornos depresivos (n=66), y hallaron que los sujetos con intento de suicidio tienen una situación familiar más problemática, en particular con sus padres divorciados. La mayoría de ellos se fugan de casa constantemente, han sido abusados sexualmente, las mujeres presentan mayor número de embarazos así como abortos inducidos. Además de presentar síntomas psicopatológicos más frecuentes con un predominio de contenido paranoide (Escala de Psicopatología, basada en el MMPI) a diferencia de los adolescentes depresivos. En cuanto al grado de depresión no hallaron diferencias, sin embargo, los adolescentes con intento de suicidio tienden a la desesperanza con mayor labilidad emocional antes del acto y permisividad hacia la conducta suicida.

Brent y colaboradores (1993), citado en Martínez, 1996; compararon pacientes con intento de suicidio y pacientes no suicidas, para observar la severidad de desórdenes de la personalidad; y hallaron que los sujetos con intento de suicidio muestran mayor número de síntomas de personalidad limítrofe. En cuanto a la diferencia de sexos, las mujeres atribuyen el acto a problemas interpersonales, mientras que en los hombres a la agresión e impulsividad.

Ballesteros (1976), cita datos demográficos del suicidio en la adolescencia, de la República Mexicana de 1944 a 1948; los cuales son los siguientes: se evidencia que la última etapa de la adolescencia y la primera juventud, de 15 a 24 años, son la máxima incidencia del suicidio, tanto en varones como en mujeres. A partir de los 25 años el número de suicidios disminuye sensiblemente, salvo de los 60 en adelante, con mayor incidencia en los varones, no así en las mujeres. En el mes de mayo ocurren mayor número de suicidios de adolescentes, disminuyendo durante el verano y otoño, por lo que la primavera ejerce una acción incitadora. En cuanto a los medios de autodestrucción, en particular las mujeres utilizan tóxicos letales para atentar contra su vida, las armas de fuego son utilizadas en ambos sexos; en tanto que el ahorcamiento lo realizan más los varones que las mujeres, ya que la deformación y sufrimiento que ocasiona este medio son opuestos a la sensibilidad femenina y sus exigencias estéticas. Y en cuanto a los motivos del suicidio, los engaños amorosos, desavenencias conyugales, regaños y prohibiciones, son las razones para que las mujeres se suiciden más que los hombres.

Gómez (1996), menciona un estudio realizado por García y Moran en el año de 1974, en el estado de Jalisco, sobre el suicidio, en donde se obtuvo que el grupo de edad de incidencia es de 20 a 24 años; los medios que utilizaron para el suicidio tanto hombres y mujeres fueron los tóxicos; las causas para ambos sexos fueron las amorosas 21.4% en primer término; y las siguientes para las mujeres fueron los problemas económicos y familiares, y mientras para los varones fueron las enfermedades mentales e incurables.

Rodríguez Sala de Gómez Gil (1974), realizó un estudio sobre el suicidio en el Distrito Federal y obtuvo que el suicidio se agudiza en las etapas de la adolescencia y juventud, presentándose mayoritariamente en los varones y las tentativas en las mujeres, puesto que cada intento lo frustran. El lugar en donde comenten el acto, es en su domicilio, siendo superior en las mujeres. Las causas en orden de importancia son las siguientes: padecimiento de alguna enfermedad, disgusto familiar y mala situación económica, decepción de tipo amoroso y alcoholismo; y en proporción mucho menor, por encontrarse desesperado o decepcionado de la vida, por cometer algún delito, por la muerte de un familiar cercano, por ignorancia y por haber efectuado malos estudios; sin embargo, las mujeres cometen el suicidio en mayor proporción por disgustos familiares y decepción amorosa. Las formas de realizar suicidio, son el balazo en la cien y el ahorcamiento en hombres, en tanto que en las mujeres la intoxicación farmacológica. La incidencia es mayor es en los meses de marzo y noviembre, disminuyendo en diciembre. Los días de la semana que generalmente se cometen el suicidio son los miércoles y sábados, prefiriendo ellas, los fines de semana.

Jiménez y Díaz (1995), realizaron un estudio epidemiológico en el Distrito Federal, y hallaron que existe un predominio en los sujetos del sexo masculino con una proporción de 4 a 1, la mayoría que lo cometen son de una edad inferior a los 35 años. Los hombres utilizan con mayor frecuencia los medios violentos mientras que las mujeres recurren frecuentemente a la intoxicación. La época con mayor incidencia fue en otoño con un 27%.

En cuanto a la relación de la conducta suicida y la familia en adolescentes, estudios realizados por Deán (1966), simultáneos a los de Seeman y Rotter en el mismo año, 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, Devidson y col. (1981) llegó a resultados relacionados con la separación de los padres, la ausencia psicológica del padre, indiferencia parental, hostilidad y ambivalencia con 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. (citados en Polaino, 1988.) Adam, Lohrens, Harper y Streiner (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 más relevantes en las mujeres que en los hombres. Entre los 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.

Estudios realizados en la Facultad de Psicología, centrados en la conducta suicida; aportaron lo siguiente

Giraldo (1988), realizó un estudio para registrar el perfil psicológico en mujeres con intento de suicidio; utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), y halló que se muestran más sinceras y realizan el acto con mayor confusión. Identifica la personalidad suicida en las escalas 4, 8 y 9 elevadas, que corresponde a las escalas de Desviación Psicopática (percentil=72), Esquizofrenia (percentil=76) e Hipomanía respectivamente; seguida de la escala de Depresión (percentil=70).

Martínez (1996), hizo un estudio sobre los rasgos de personalidad de adolescentes mujeres con intento de suicidio y sin intento de suicidio, y encontró que las adolescentes con intento de suicidio tienden a deprimirse con una autoestima baja, se sienten inseguras para resolver sus problemas, son personas más impulsivas, toleran poco las frustraciones, se muestran rebeldes y hostiles, presentan miedos, excesivas preocupaciones con dificultad para tomar sus propias decisiones; mientras que las adolescentes sin intento de suicidio tienen mejor autoestima, toleran la frustración y son más independientes.

Navarro (1995), hace un estudio sobre las fantasías referentes al suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos; aplicó el Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray, y encontró que no existen diferencias en estos grupos en cuanto a las tendencias y fantasías del suicidio.

Ramírez (1998), realizó un estudio sobre las características del autoconcepto en adolescentes con intento suicida en una población psiquiátrica y encontró que ellos se autodescriben con severidad, se muestran inseguros, se consideran indeseables ante los demás, no hay aceptación de su imagen, existen inadecuadas relaciones familiares; sienten que se relacionan bien con sus iguales no así con las figuras parentales y/o autoridad.

En cuanto a estudios internacionales sobre las funciones del Yo en sujetos con intento de suicidio, solamente se encontró el realizado por Goldsmith en 1993 (citado en Bellak, 1993), exploró la relación entre el humor, como una manifestación de la capacidad para la regresión adaptativa, y la mortalidad suicida, como manifestación de un proceso regresivo patológico utilizando la Entrevista para la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak, evaluando solamente el grado de regresión al servicio del Yo (RASY); entre otras pruebas, en pacientes suicidas ($n=31$) del Centro Hospitalario de Bronx; la muestra estuvo constituida por mujeres entre las edades de 18 y 35 años, que tenían una educación mínima de bachillerato. El análisis de correlación reveló una relación significativa inversa entre las tendencias suicidas y la RASY ($r = -.52$, $p < .01$). Se derivó un coeficiente de correlación de punto biserial para la calificación de las tendencias suicidas y de chistes mórbidos - no mórbidos, obteniendo un valor de $r = .65$ ($p < .001$). Goldsmith, concluye que este grupo de mujeres muestra una dependencia de defensas tipo histérico y de acting out esporádico, los cuales, en parte, evitan el acceso a su vida interior; agrega, que no es sorprendente, que tales esfuerzos represivos marcados y tales intentos rígidos y estereotipados de simplificar el mundo y bloquear el cambio no conduzcan a la flexibilidad de la regresión que podría observarse en la regresión adaptativa y el humor. También dice

que las regresiones temporales y bien reguladas observables en RASY son prácticamente imposibles para dichos pacientes.

Por otra parte, se encontró otro estudio realizado por Lieselotte, S. E; Opgenoorth y P Schuster (citados en Bellak y Goldsmith, 1993), sobre las funciones del Yo en pacientes depresivos, enfocado en el cambio de personalidad depresiva bajo tratamiento con litio, y encontraron en términos del nivel de funcionamiento, el valor más bajo (7.60) en la función VIII (RASY) y el más elevado (9.92) para la función III (Sentido de Realidad del Mundo y del Si Mismo), a sí como de la función I (Prueba de Realidad.) Hallaron valores por debajo de lo normal, principalmente dentro del rango límite-psicótico.

En México, Tercero (1999), realizó un estudio sobre las características de personalidad de adolescentes que intentan el suicidio y los que no lo intentan; utilizó una serie de pruebas entre ellas el Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak. Los resultados demostraron que los que cometen intento de suicidio, tienen una menor capacidad para distinguir la realidad interna y externa sobre todo cuando viven situaciones cargadas de ansiedad; su capacidad para anticipar las consecuencias de sus actos fluctúa de una situación a otra; su identidad es más o menos estable pero puede fallar cuando las circunstancias son novedosas; la impulsividad es característica en ellos aún más cuando se encuentran en conflictos; tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales y reaccionan en forma exagerada ante situaciones de pérdida; son capaces de disfrutar de sentimientos y fantasías primitivas, pero tienen dificultades para canalizar adaptativamente los resultados de éstas; tienen cierta capacidad para emplear sus funciones defensivas, sin embargo, en situaciones conflictivas hay dificultad. Por lo cual concluye, que los adolescentes con intento de suicidio, llegan al acto porque tienen serios problemas para aceptar los problemas y pretenden desaparecerlos con su conducta, tendiendo a una personalidad límite.

Los escasos estudios sobre el tema relacionados con el funcionamiento yoico plantea constructivamente líneas de investigación de los actos suicidas en la adolescencia.

CAPITULO IV

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte y del morir e incluso son frecuentes los pensamientos de autodestrucción; sin embargo existen personas que llegan a la culminación de estos pensamientos con el intento de suicidio o más aún con el suicidio consumado.

El intento de suicidio puede ser facilitado por las características particulares del Yo y por diversas motivaciones inconscientes o conscientes. En la adolescencia la conducta suicida es el resultado de un estallido confusional, de poca tolerancia a la frustración e impulsividad entre otras conductas, aunado a las crisis depresivas que esta etapa suelen ser muy profundas. Aunque no todos los adolescentes con trastorno depresivo llegan al acto, ni la tentativa de suicidio corresponde el final de un proceso depresivo, es cierto que en el adolescente deprimido siempre existe el riesgo del suicidio.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", en el año de 1996 se registraron 48 intentos de suicidio en adolescentes, predominando la totalidad el sexo femenino con 44 intentos, en tanto que el sexo masculino con 4.

A partir de diversas consideraciones teóricas, metodológicas y características tradicionales de la Psicología del Yo, Bellak (1984), identifica doce funciones, y establece que la evaluación de las mismas es de gran utilidad como una guía en la formulación de una estrategia de tratamiento. Por lo cual, de acuerdo con sus consideraciones, se lleva a cabo la realización de ésta investigación.

Por lo anterior, se desprende la siguiente pregunta de investigación: *¿Diferirán las funciones del Yo entre las adolescentes con intento de suicidio de las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo?*

HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi: Existen diferencias en las funciones del Yo de adolescentes del sexo femenino con intento de suicidio en comparación con adolescentes con un trastorno depresivo sin intento de suicidio.

Ho: No existen diferencias en las funciones del yo de adolescentes del sexo femenino con intento de suicidio en comparación con adolescentes con un trastorno depresivo sin intento de suicidio.

Dado que las funciones del yo se evaluarán mediante el Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak; se desprenden las siguientes hipótesis estadísticas:

Hi1. - Existen diferencias significativas en la capacidad para diferenciar los estímulos internos y externos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho1.- No existen diferencias significativas en la capacidad para diferenciar los estímulos internos y externos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi2.- Existen diferencias significativas en la capacidad para anticipar las consecuencias de sus actos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho2: No existen diferencias significativas en la capacidad para anticipar las consecuencias de sus actos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi3: Existen diferencias significativas en la capacidad para sentirse parte del mundo real y de sí mismas en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho3: No existen diferencias significativas en la capacidad para sentirse parte del mundo real y de sí mismas en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi4: Existen diferencias significativas en los mecanismos de demora y control de sus impulsos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho4: No existen diferencias significativas en los mecanismos de demora y control de sus impulsos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi5: Existen diferencias significativas en el tipo de relaciones interpersonales y de compromiso con los demás en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho5: No existen diferencias significativas en el tipo de relaciones interpersonales y de compromiso con los demás en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi6: Existen diferencias significativas en la capacidad de memoria, concentración y atención en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho6: No existen diferencias significativas en la capacidad de memoria, concentración y atención en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi7: Existen diferencias significativas en la capacidad para permitirse fantasear e imaginar en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho7: No existen diferencias significativas en la capacidad para permitirse fantasear e imaginar en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi8: Existen diferencias significativas en el funcionamiento defensivo y la eficacia para enfrentarse a los estados disfóricos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho8: No existen diferencias significativas en el funcionamiento defensivo y la eficacia para enfrentarse a los estados disfóricos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi9: Existen diferencias significativas en la sensibilidad para responder a los estímulos sensoriales en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho9: No existen diferencias significativas en la sensibilidad para responder a los estímulos sensoriales en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi10: Existen diferencias significativas en la capacidad para utilizar las habilidades psicomotoras de manera cognitiva e intelectual (audición, lenguaje, memoria, movimiento, etc.) en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho10: No existen diferencias significativas en la capacidad para utilizar las habilidades psicomotoras de manera cognitiva e intelectual (audición, lenguaje, memoria, movimiento, etc.) en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi11: Existen diferencias significativas en la capacidad integrativa de actitudes, valores, afectos y conductas contradictorias en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho11: No existen diferencias significativas en la capacidad integrativa de actitudes, valores, afectos y conductas contradictorias en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Hi12: Existen diferencias significativas en la capacidad de competencia para interactuar con su medio y dominarlo en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

Ho12: No existen diferencias significativas en la capacidad de competencia para interactuar con su medio y dominarlo en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Funciones del Yo

VARIABLE INDEPENDIENTE: Intento de suicidio y Trastornos depresivos.

Definición Conceptual

- **Funciones del Yo:** Bellak, L. (1993), define a las funciones como a los contenidos, procesos y resultados mentales, centradas en dos aspectos: adaptación al medio ambiente y los procesos internos. Estas son: Prueba de realidad, Juicio, Sentido de realidad del mundo y del si Mismo, Regulación y control de los impulsos, afectos e instintos, Relaciones objetales, Procesos del pensamiento, Regresión adaptativa al servicio del Yo (RASY), Funcionamiento defensivo, Barrera a los estímulos, Funcionamiento autónomo, Funcionamiento sintético – integrativo y Dominio- Competencia.

- **Intento de Suicidio:** Es un acto no fatal, que obra como señal auxilio y tiene el efecto de un pedido de ayuda no conscientemente intencionado. (Stengel, 1965)

-**Trastornos Depresivos:** Son aquellos que se caracterizan por un estado de ánimo depresivo y representan un cambio respecto a la actividad previa. Estos trastornos son los siguientes: Episodio depresivo mayor, Trastorno depresivo mayor episodio único, Trastorno depresivo mayor recidivante, Trastorno Distímico y Trastorno depresivo no especificado. (DSM-IV, 1995).

Definición Operacional.

- **Funciones del Yo:** Se evaluó a través del Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak & Goldsmith (EFY), que comprende las siguientes funciones: Prueba de realidad, Juicio, Sentido de realidad del mundo y del Sí mismo, Regulación y control de impulsos, instintos y afectos, Relaciones objetales, Procesos del pensamiento, Regresión adaptativa al servicio del Yo, Funcionamiento defensivo, Barrera a los estímulos, Funcionamiento autónomo, Funcionamiento sintético-integrativo y Dominio - Competencia.

- **Intento de Suicidio:** Adolescentes del sexo femenino con intento de suicidio y sin intento de suicidio (según expediente), de la Unidad Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

- **Trastorno Depresivo:** Adolescentes del sexo femenino sin intento de suicidio con un trastorno depresivo, (según expediente), de la Unidad Adolescentes Mujeres del mismo Hospital.

POBLACIÓN

La población que formó parte del presente trabajo estuvo integrada por sujetos adolescentes del sexo femenino, cuyo rango de edad fluctuó entre los 13 y los 17 años de edad. Cuya población ingresó durante los meses de Junio a Noviembre de 1998; a la Unidad Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", por un intento de suicidio y por un Trastorno Depresivo sin intento de suicidio.

Muestra.

La muestra fue intencional, estuvo constituida por veintidós personas del sexo femenino, divididas en dos grupos independientes: dieciséis sujetos con intento de suicidio y seis sin intento de suicidio con un trastorno depresivo (según expediente); de un rango de edad de 13 años a 17 años 11 meses de la Unidad Adolescentes Mujeres, de dicho Hospital.

Criterios de Inclusión.

Grupo I.

- Diagnóstico Sintomático: Intento de Suicidio.
- Diagnóstico Psiquiátrico: cualquier diagnóstico a excepción de los trastornos psicóticos y/o deficiencia mental. (extraído de expediente)
- Escolaridad Mínima: Secundaria.

Grupo II

- Diagnóstico Psiquiátrico: Trastorno Depresivo sin intento de suicidio, a excepción de la deficiencia mental y trastornos psicóticos. (Extraído de expediente).
- Escolaridad Mínima: Secundaria.

Técnica de muestreo

Se llevó a cabo un muestreo No probabilístico e intencional por tiempo. Los sujetos que formaron parte de la muestra ingresaron durante los meses de Junio a Noviembre de 1998.

Diseño

Se realizó una investigación de tipo Exploratorio, Comparativo, Ex post Facto, Cuasiexperimental y Transversal. *Exploratorio*, en la medida en que abordó un fenómeno del cual se tiene poco conocimiento, respecto a las funciones del Yo. Además se ubica como un estudio *Ex post facto* y *Cuasiexperimental*, dado que el problema que se estudia ya sucedió con anterioridad, en donde no se tiene control absoluto en algunas de las variables; y, *Transversal* ya que se recolectaron los datos en un sólo momento y tiempo único a dos grupos independientes.

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES DEL YO DE BELLAK & GOLDSMITH. (EFY)

El instrumento de medición empleado para la presente investigación fue el Cuestionario para las funciones del Yo de Bellak y Goldsmith. El cuestionario (EFY), se originó con base en un estudio sobre el funcionamiento yoico de 100 sujetos, con el propósito de definir las principales manifestaciones del Yo. El procedimiento de evaluación consistió en una entrevista clínica semiestructurada, diseñada para obtener información relevante acerca del funcionamiento del Yo. Las entrevistas fueron grabadas y evaluadas por clínicos de manera independiente. Después de casi tres años de estudio, llegaron finalmente a una lista de 12 funciones del Yo a las que consideraron suficientes para describir la personalidad del individuo. Demostraron que en una escala de 13 puntos, la confiabilidad interjueces cayó en el rango de .61 para barrera a los estímulos y .88 para funcionamiento autónomo, con una correlación media de .77.

La EFY proporciona un amplio perfil de personalidad con información específica sobre la naturaleza y el grado de las disfunciones del Yo, la manera cómo pueden afectar otras áreas del funcionamiento del sujeto. La EFY está constituido por dos métodos: entrevista y cuestionario. En este estudio se utilizó la forma de cuestionario. Este resulta útil para la población en general, es de fácil aplicación, consta de 120 preguntas, diez para cada función. Estos autores, recomiendan que sea el entrevistador quien lo aplique de manera individual, iniciando con las preguntas de Relaciones Objetales y proseguir con las siguientes funciones. (En el anexo se muestra el Cuestionario para las Funciones del Yo)

La EFY, valora lo siguiente:

I. Prueba de Realidad.

Se refiere a la capacidad para diferenciar entre los estímulos internos y externos; así como la exactitud de la percepción incluyendo la orientación en tiempo, lugar y la interpretación de los acontecimientos externos. La prueba de realidad implica también la sensación subjetiva de la persona acerca de sus percepciones, además el grado en que la persona está en contacto con su Yo interno.

II. Juicio.

Se refiere a la anticipación de las probables consecuencias de la conducta que se pretende, por ejemplo, anticipar peligros probables; así como la medida en que la persona es capaz de adaptarse emocionalmente a los aspectos relevantes de la realidad.

III. Sentido de la Realidad del Mundo Y del Sí Mismo.

Esta escala evalúa la medida en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y como parte de un contexto familiar, además, del grado en que el cuerpo y su funcionamiento, y la conducta de uno mismo se experimentan como familiares y pertenecientes al individuo, y con ello el grado en que la persona ha desarrollado la individualidad, la unicidad y el sentido de sí mismo y de la autoestima.

IV. Regulación y Control de los Impulsos, Afectos e Instintos.

Esta función se refiere a la medida en que los mecanismos de demora y control permiten que los impulsos derivados sean expresados de una manera modulada y adaptativa, caracterizada, óptimamente, ni por un control deficiente ni por un control excesivo.

V. Relaciones Objetales.

Esta función se compone del grado y tipo de las relaciones y del compromiso con los demás, tomando en cuenta las tendencias al aislamiento, la preocupación narcisista o la mutalidad; así como el grado en que la persona percibe a los demás como entidades separadas más que como una extensión de sí misma.

VI. Procesos del Pensamiento.

Esta función se refiere al grado de adaptación en la memoria, la concentración y la atención, además de la formación de conceptos y lenguaje.

VII. Regresión Adaptativa al Servicio del Yo (RASY).

Capacidad para retraerse, suspender los controles con agrado y permitir que las ideas y fantasías surjan en un estado regresivo y por consiguiente fortalezcan la imaginación, el juego, el humor, la inventiva y la creatividad.

VIII. Funcionamiento Defensivo.

Esta escala se refiere al grado en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptablemente a la ideación y la conducta, y la medida en que tales defensas han tenido éxito o fracaso (grado de surgimiento de ansiedad, depresión u otros afectos disfóricos que indiquen debilidad de las operaciones defensivas).

IX. Barrera a los Estímulos.

Se refiere a la sensibilidad y el umbral para responder a los estímulos sensoriales y la naturaleza de la respuesta a diversos niveles de estimulación sensorial en términos del grado de desorganización, evitación y aislamiento de los mecanismos empleados para enfrentarse activamente a ellos.

X. Funcionamiento Autónomo.

Esta función se refiere al grado para utilizar las habilidades psicomotoras de manera cognitiva e intelectual. Implica grado de libertad de deterioro de los aparatos y funciones básicos de la autonomía primaria, estos son atención, concentración, memoria, percepción, función motora, intención; y grado de libertad de deterioro de la autonomía secundaria (hábitos, habilidades aprendidas, intereses).

XI. Funcionamiento Sintético - Integrativo.

Esta función implica el grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorepresentaciones discrepantes o potencialmente contradictorios y grado de agrupamiento e integración de acontecimientos psíquicos y conductuales, sean o no contradictorios.

XII. Dominio - Competencia

Se refiere al grado de competencia, es decir, desempeño de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio y dominarlo, y el nivel del sentido de competencia; esto es, la expectativa de éxito de la persona o el lado subjetivo de su desempeño.

Medición.

De acuerdo con el método de cuestionario, cada función consta de 10 preguntas, las cuales se puntúan en un continuo que va de Rara vez (2 ó 0), A veces (1), A menudo (0 ó 2) y No respondió (NR= 0), según la dirección de la pregunta; se realiza la sumatoria para obtener la calificación total (puntaje crudo), siendo la puntuación mínima 0 y máxima 20, de cada función. Con base en ésta calificación, si se combina con el criterio clínico, se puede utilizar una forma convertible de medición: una, la escala de siete puntos (calificación global), en donde 1 representa el nivel de funcionamiento más pobre o mínimo y 7 el nivel más óptimo, los autores hacen notar que estos extremos escasamente se presentan, siendo el

6 el funcionamiento "promedio", definido por la ausencia de patología notable. La segunda, de trece puntos (representación gráfica) como calificación complementaria para obtener un perfil de las funciones del Yo y determinar el nivel de funcionamiento: Rango psicótico 1-6, Rango límite 4-8, Rango neurótico 6-10 y Rango normal 8-13. Si se parte de la primera, de acuerdo con el juicio clínico, se encierra en un círculo el número que se considere (1-7), el cual se convierte a la escala de trece multiplicándolo por dos y restando uno; e inversamente, el número otorgado en la escala de trece puntos se le suma uno y se divide entre dos para convertirla a la escala de siete puntos, para cada una de las funciones.

De la revisión realizada en el PsycLIT, se hace referencia a seis estudios internacionales, en los que se utilizó esta prueba en población adulta a nivel clínico. Dos fueron hechos en Alemania por: Hartkamp, N; Davies, O. S; Standke, G. y Heigl, E. A. (1993); Shmidt, P. (1989). Dos en Estados Unidos: Blatt, S. J. y Berman, W. H. (1990); Burns, D. (1991). Uno en la India por: Basu, Jayanti, (1993), y en España, a manera de recopilación teórica, por González de Rivera, J. L. y De las Cuevas, C. (1992.) Cabe mencionar que ninguno de ellos hace mención a la confiabilidad y validez del instrumento.

Escenario

La aplicación del EFY, se realizó, en el consultorio del Servicio de Psicología Clínica, de la Unidad Adolescentes Mujeres, de 3 m. x 5 m. aproximadamente; con adecuadas condiciones de iluminación y ventilación.

Procedimiento

Se solicitó al servicio de Psiquiatría de la Unidad Adolescentes Mujeres, solicitando su colaboración para éste estudio.

Se aplicó el Cuestionario para las Funciones del Yo de Bellak (EFY), a pacientes adolescentes del sexo femenino del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", con diagnóstico médico de Intento de Suicida para un grupo y Trastorno Depresivo para el otro. Se realizó diariamente la revisión de los expedientes de los ingresos con las características señaladas; se extrajo información como edad, escolaridad, religión, tipo de familia, número de integrantes de familia, número de intentos previos, forma del intento y eventos importantes anteriores. Posteriormente, se realizó una breve entrevista, en la que se corroboraron los datos y seguidamente la aplicación del instrumento de forma individual; se le explicó que formaba parte del trabajo psicológico del Hospital.

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

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a través del paquete estadístico SPSS (Programa estadístico para las ciencias sociales). En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los datos para las variables categóricas (edad, escolaridad, etc.) obteniendo frecuencias y porcentajes, así como, medidas de tendencia central (media y desviación estándar).

Es importante hacer hincapié, que los datos demográficos y de diagnóstico de la muestra fueron extraídos de los expedientes respecto a cada uno de los casos.

En segundo lugar, se obtuvo la U de Mann-Whitney, para cada una de las doce funciones del Yo medidas por el Cuestionario de Evaluación de las funciones del Yo de Bellak & Goldsmith, para comparar las puntuaciones del grupo de adolescentes con intento de suicidio y el grupo de adolescentes sin intento con un trastorno depresivo.

A continuación se presentan la descripción de los resultados:

El rango de edad de adolescentes con intento de suicidio fue de 14 a 17 años, con una edad promedio de 15.7 años; para el grupo de adolescentes sin intento con un trastorno depresivo la edad osciló entre los 15 y 17 años, con una edad promedio de 16 años. (Tabla 1)

Tabla 1

EDAD PROMEDIO DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y ADOLESCENTES CON UN TRASTORNO DEPRESIVO

GRUPO	EDAD PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
INTENTO DE SUICIDIO	15.7	1.1
TRASTORNO DEPRESIVO	16	.63

Es importante, resaltar que para el grupo de adolescentes con intento de suicidio, las edades de 16 y 17 años fueron las más frecuentes, correspondiendo un porcentaje de 31.3 respectivamente. Mientras que para el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo, el porcentaje mayor se ubica en la edad de 16 años (66.7%).

GRÁFICA 1

EDAD DE LA MUESTRA



La escolaridad predominante para ambos grupos fue 3° de secundaria; representado por un 25% para el grupo de adolescentes con intento de suicidio y una desviación estándar de 1.74 respecto a su grupo; y para el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo el 66.7%, y una desviación estándar de .51 respecto a su grupo. (Tabla 2)

Tabla 2

ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA

GRADO	INTENTO DE SUICIDIO		TRASTORNO DEPRESIVO	
	F	%	F	%
1° Secundaria	2	12.5	0	0
3° Secundaria	4	25.0	4	66.7
1° Preparatoria	3	18.8	2	33.3
2° Preparatoria	3	18.8	0	0
3° Preparatoria	3	18.8	0	0
Nivel Técnico	1	6.3	0	0

Como se aprecia en la tabla 3, el porcentaje mayor corresponde a la Religión Católica para ambos grupos; con un porcentaje del 69.7% para el grupo de intento de suicidio; y el 66.7% para el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo.

Tabla 3

RELIGIÓN

TIPO	INTENTO SUICIDA		TRASTORNO DEPRESIVO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CATOLICA	11	66.8	4	66.7
ADVENTISTA	1	6.3	-	-
NINGUNA	4	25.0	2	33.3

En cuanto al tipo de familia, es importante señalar que su clasificación, fue mediante los datos reportados por la Institución; donde para el grupo de adolescentes con intento de suicidio el tipo de familia predominante fue Biparental Disfuncional con un 37.5%, seguido de familias desintegradas (31.3%); en tanto, para el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo el mayor porcentaje fue para la familia Desintegrada con un 50% respecto a su grupo.

Tabla 4

TIPO DE FAMILIA

TIPO DE FAMILIA	INTENTO DE SUICIDIO		TRASTORNO DEPRESIVO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Biparental Funcional	1	6.3	0	0
Biparental Disfuncional	6	37.5	1	16.7
Uniparental Funcional	0	0	0	0
Uniparental Disfuncional	4	25.0	2	33.3
Desintegrada	5	31.3	3	50.0

En cuanto al número de integrantes que conforman la familia, se enfatiza que en particular en algunos datos su confiabilidad es reservada (*), debido a que no se encontraron datos reportados; ubicándose el mayor porcentaje en estos datos para ambos grupos, correspondiendo el 31.3% en el grupo de adolescentes con intento de suicidio y el 50% para el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo. En segundo termino, se ubicaron para el primer grupo un número de 5 miembros de familia (25%); mientras que para el segundo grupo fue más variable, contando con dos, cuatro y seis miembros de familia, correspondiendo el 16.7% para cada uno. (Tabla 5)

Tabla 5

MIEMBROS DE FAMILIA

MIEMBROS DE FAMILIA (#)	INTENTO DE SUICIDIO		TRASTORNO DEPRESIVO		TOTAL
	F	%	F	%	
2	0	0	1	16.7	1
3	1	6.3	0	0	1
4	3	18.8	1	16.7	4
5	4	25.0	0	0	4
6	1	6.3	1	16.7	2
7	1	6.3	0	0	1
8	1	6.3	0	0	1
*	5	31.3	3	50.0	8

*Datos no reportados o por otras personas

Como se observa en la tabla 6, las adolescentes con intento de suicidio son las primeras hijas de familia (31.3%); en tanto, las adolescentes con un trastorno depresivo son únicas (50%) además de ser las primeras hijas de familia (50%).

Tabla 6

LUGAR QUE OCUPAN EN LA FAMILIA

LUGAR EN LA FAMILIA	INTENTO SUICIDA		TRASTORNO DEPRESIVO	
	F	%	F	%
Unica	1	6.3	3	50.0
Primera	5	31.3	3	50.0
Segunda	4	25.0	-	-
Tercera	4	6.3	-	-
Cuarta	1	6.3	-	-
Sexta	1	6.3	-	-

En cuanto al diagnóstico médico-psiquiátrico, se vislumbra gran diversidad en ellos centrados en trastornos depresivos, sin embargo, el diagnóstico más presentado en las adolescentes con tentativa de suicidio es el Trastorno Depresivo Mayor (31.3%), seguido del Trastorno Depresivo Mayor con rasgos Cluster B (Trastorno Límite de la Personalidad) con un 25%. Para el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo el diagnóstico predominante fue Trastorno Depresivo Mayor (50%) respecto a su grupo. (Tabla 7)

Tabla 7

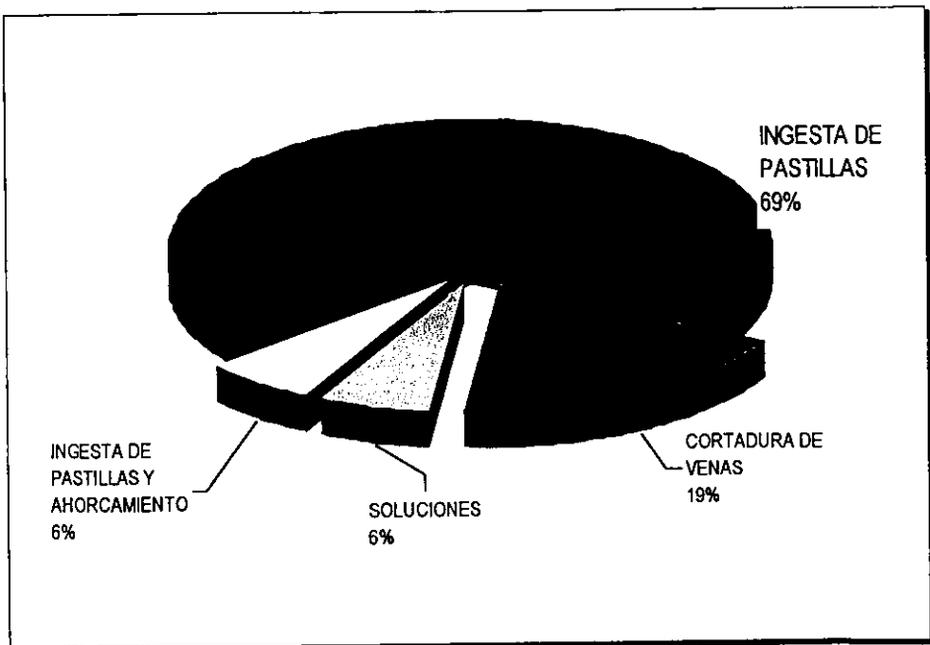
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO DE LA MUESTRA

DIAGNOSTICO	INTENTO DE SUICIDIO		TRASTORNO DEPRESIVO	
	F	%	F	%
Trastorno Depresivo Mayor	5	31.3	3	50.0
Trastorno Depresivo Mayor en comorbilidad con Distimia	3	18.8	1	16.7
Trastorno Depresivo Mayor con Rasgos Cluster B	4	25.0	0	0
Trastorno Depresivo Mayor en comorbilidad con Anorexia	0	0.0	1	16.7
Trastorno Depresivo Mayor en comorbilidad con Farmacodependencia	0	0.0	1	16.7
Trastorno Disocial comorbilidad con Distimia	1	6.3		
Trastorno Disocial en comorbilidad con Farmacodependencia	1	6.3		
Trastorno de Adaptación a la Adolescencia	1	6.3		
Trastorno por Estrés Postraumático	1	6.3		

La forma de intento suicida más empleada en las adolescentes fue la ingesta de pastillas (68.8%), respecto a su grupo. (Gráfica 2)

Gráfica 2

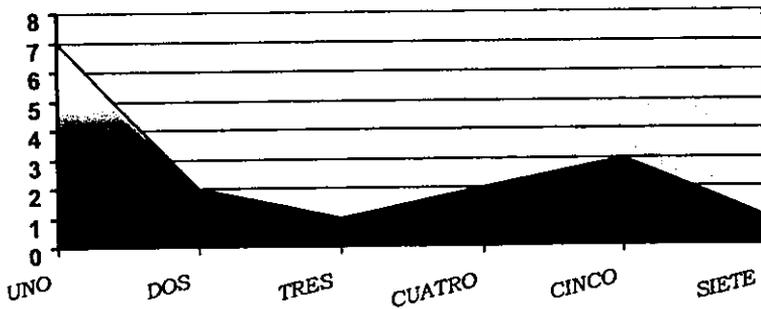
FORMAS DE INTENTO DE SUICIDIO



En cuanto al número de intentos previos, se halló que las adolescentes sólo lo habían intentado en una ocasión (43.8%), siendo el motivo de ingreso a la Institución. (Gráfica3)

Gráfica 3

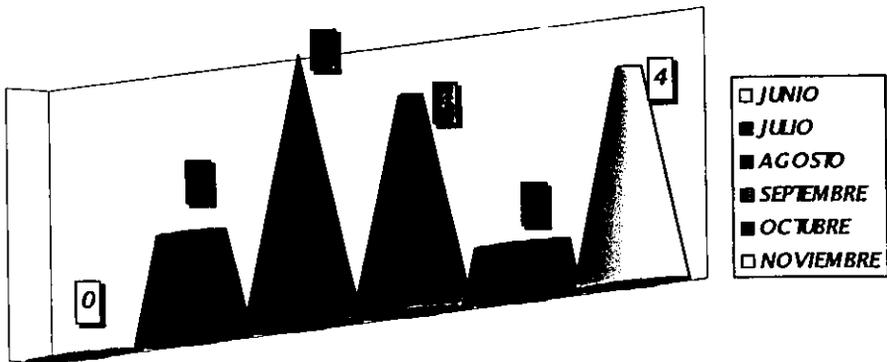
INTENTOS SUICIDAS PREVIOS



De acuerdo al período de Junio a Noviembre de 1998, se aprecia la mayor incidencia de intentos suicidas en el mes de Agosto (31.3%); seguido del mes de Septiembre con un 25% e incidiendo en el mes de Noviembre (25%). (Gráfica 4)

Gráfica 4

INCIDENCIA DE TENTATIVAS DE SUICIDIO



Con respecto a los motivos que impulsaron la tentativa de suicidio, se puede apreciar gran diversidad estrechamente relacionados como desencadenantes del evento. Las motivaciones predominantes para los adolescentes fueron el no sentirse queridas a sí mismas ni por la familia (87.5%); problemas familiares (75%), deseos de llamar la atención (50%). (Tabla 8)

Tabla 8

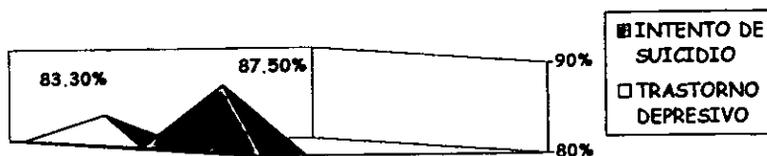
MOTIVOS PRESENTADOS PARA REALIZAR EL INTENTO DE SUICIDIO

MOTIVOS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Problemas familiares	12	75
No sentirse querida a sí mismo ni por la familia	14	87.5
Sentimiento de preferencia por hermanos	7	43.8
Deseos de llamar la atención	8	50.0
Problemas de pareja	4	25.0
Problemas escolares	3	18.8
Abuso sexual	1	6.3

Como se aprecia en la gráfica 5, en ambos grupos se presentaron ideas de muerte, sólo que en las adolescentes con tentativa de suicidio, la ideación (87.5%) culminó en el evento; en tanto, que para las adolescentes con un trastorno depresivo las ideas suicidas estaban marcadas (83.3%), aun no culminadas en el intento.

Gráfica 5

IDEACIÓN SUICIDA



En cuanto a los sucesos presentados en ambos grupos antes de esta etapa, se encontró que las adolescentes con intento de suicidio pasaron por la separación de sus padres (50%) así como el abandono de alguno de ellos (25%) y abuso sexual en la infancia (25%). Similarmente, las adolescentes con un trastorno depresivo vivieron la separación de sus padres (66.7%), abandono (50%) y/o fallecimiento de alguno de sus progenitores (33.3%) y abuso sexual (33.3%). (Tabla 9)

Tabla 9

EVENTOS SUCEDIDOS ANTES DE LA ADOLESCENCIA

EVENTOS	INTENTO DE SUICIDIO		TRASTORNO DEPRESIVO	
	F	%	F	%
Separación de los padres	8	50.0	4	66.7
Fallecimiento de alguno de los padres	2	12.5	2	33.3
Abandono de alguno o ambos padres	5	31.3	3	50.0
Abuso sexual	5	31.3	2	33.3

De acuerdo al cuestionario de Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak & Goldsmith. A continuación se reportan las puntuaciones obtenidas de la media, desviación estándar, de significancia y la U de Mann-Whitney, para cada una de las doce funciones.

Tabla 10

COMPARACION DE LAS FUNCIONES DEL YO

FUNCION DEL YO	INTENTO DE SUICIDIO		TRASTORNO DEPRESIVO		U MANN-WHITNEY	SIGNIFICANCIA
	MEDIA	DS	MEDIA	DS		
Prueba de Realidad	15.0	4.47	15.16	3.06	44.5	.79
Juicio	9.0	2.87	7.66	2.94	19.5	.03
Sentido de Realidad	13.8	4.26	14.66	2.94	45.5	.85
Regulación y control de impulsos	9.18	2.28	9.0	2.68	40.0	.55
Relaciones Objetales	10.50	2.92	8.50	2.58	27.5	.12
Procesos del Pensamiento	12.31	4.64	12.66	3.61	47.0	.94
Regresión al Servicio del Yo	13.06	3.08	8.83	3.86	19.5	.03
Funcionamiento Defensivo	10.56	3.28	9.0	3.79	36.0	.37
Barrera a los estímulos	10.93	3.75	9.0	4.14	33.0	.26
Funcionamiento Autónomo	12.18	3.83	13.33	3.50	42.0	.65
Función Sintético-Integrativa	11.81	3.97	10.50	3.61	37.5	.43
Dominio - Competencia	12.12	3.94	10.0	2.28	31.0	.20

En la tabla anterior, se observa que si existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de significancia del .03, en dos funciones yoicas: Juicio y Regresión Adaptativa al Servicio del Yo, en donde el grupo de intento de suicidio obtiene una media mayor, aceptando las hipótesis alternas No. 2 y 7, que plantean:

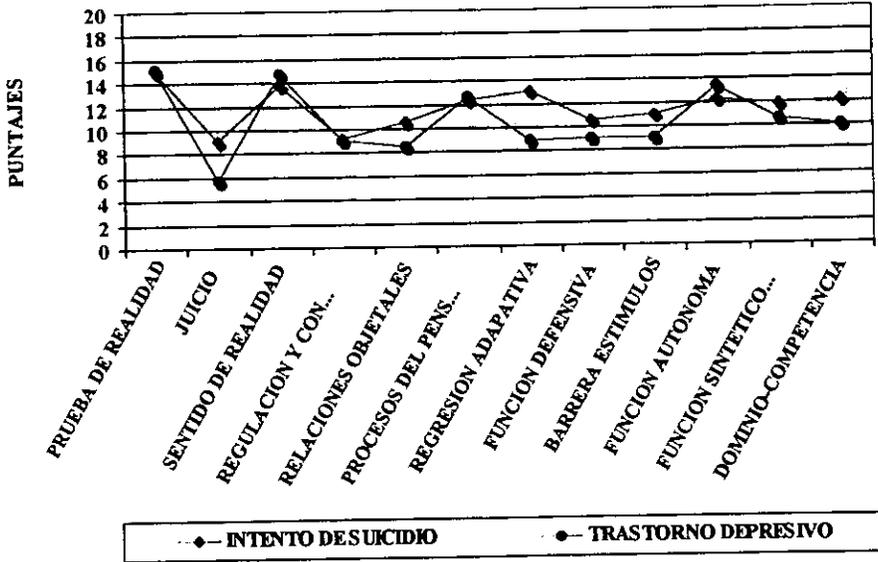
Hi2: Existen diferencias estadísticamente significativas en la capacidad para anticipar las consecuencias de sus actos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con adolescentes sin intento con la presencia de un trastorno depresivo.

Hi7: Existen diferencias estadísticamente significativas en la capacidad para fantasear e imaginar en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con adolescentes sin intento con la presencia de un trastorno depresivo.

A continuación se presentan gráficamente las doce funciones del Yo (ver Gráfica 6):

Gráfica 6

GRAFICA COMPARATIVA DE LAS FUNCIONES DEL YO



CAPITULO VI

DISCUSIÓN

La muestra estuvo constituida por 22 sujetos del sexo femenino conformadas en dos grupos: 16 con intento de suicidio y 6 caracterizadas por la presencia de un trastorno depresivo; cuyas edades fluctuaron entre los trece y diecisiete años de edad; que ingresaron al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", durante el periodo comprendido por los meses de Junio a Noviembre de 1998.

La mayoría de los trabajos coinciden que, los intentos de suicidio en la adolescencia cada vez son más frecuentes y suelen presentarse desde los doce o catorce años, aumentando entre los 15-24 años. (Aujuriaguerra, 1983; Rodríguez, et al. 1989; Cobo, 1992; Sarró & De la Cruz, 1991). De lo que corroboramos en nuestros datos ya que el grupo de intento de suicidio la edad promedio es de 15.7.

A saber, el sexo femenino es más propenso a desarrollar intentos de suicidio y el masculino a cometer suicidio. (Farberow y Shneidman, 1969; Ozamiz, 1988; Maniam, 1988; Ellis y Range, 1989; Dooley, 1990; citados en Villardón, 1993)

Por otro lado, la mayoría de los estudios recogen una relación entre la edad del adolescente y la frecuencia de la depresión, desde sus inicios hasta el final de la adolescencia entre los 11 y 20 años. (Marcelli, 1992)

Entre los adolescentes suicidas, el nivel de estudios y la presión académica, supone otro riesgo latente que puede tener efecto negativo en ellos. (Peck, et al. 1985) El aspecto de escolaridad ha sido insuficientemente analizado, en relación con los actos suicidas y depresión adolescente. El estudio realizado por Ramírez (1998), en adolescentes psiquiátricos con intento de suicidio, coincide con el grado de escolaridad (3ro de Secundaria) de nuestra muestra (Tabla 2.) Afirma que las tentativas suicidas, se relacionan significativamente con el grado de escolaridad, por lo que consideran que los niveles de ansiedad y, estrés originados por aspectos académicos, en ocasiones genera conductas impulsivas.

En cuanto a la religión, la Católica fue predominante entre las adolescentes de la muestra (Tabla 3). Según, H. Bakwin (citado en Aujuriaguerra, 1983); la filiación religiosa ejerce una notable influencia preventiva en el número de suicidas, especialmente de la iglesia Católica, por el hecho de pertenecer a un grupo que afirma su oposición a la autodestrucción. En el estudio de Durkheim (1971), señala el carácter protector de la religión; en miembros de determinadas comunidades religiosas, en donde hay una menor proporción de suicidios, aunque existen importantes excepciones, lo que plantea que los prejuicios religiosos pueden influir en la fiabilidad estadística. Montejo y cols (1983) citados en Sarró & De la Cruz, (1991) estudiaron que este aspecto religioso en personas hospitalizadas tras una tentativa comparándolas con un grupo control, en el cual no encontraron diferencias en cuanto a la autodefinición religiosa ni al grado de compromiso

religioso; concluyendo que no es un factor decisivo en los suicidios. Al respecto, Aberastury (1978), considera que fenomenológicamente se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico fervoroso, así igual que la situación cambiante de su mundo interno, lo que representa un intento de solución a la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de su Yo corporal.

En cuanto, al medio familiar, casi todos los autores coinciden en dar gran importancia a las alteraciones de la organización familiar. En este estudio como ya se ha mencionado las adolescentes con intento de suicidio provienen en su mayoría de familias biparentales disfuncionales y desintegradas, y similarmente las adolescentes con un trastorno depresivo provienen de familias uniparentales disfuncionales y desintegradas (Tabla 4.)

Adam, et. al (1982), afirman que los adolescentes con conducta suicida proceden de familias desestructuradas. A. Mattson (citado en Aujuriaguerra, 1983), comprueba que existe una proporción alta de familias incompletas de los adolescentes suicidas. Ramírez (1998), afirma que las características disfuncionales pueden ir desde la incomunicación, la carencia afectiva, entre muchas posibles causas, que crean confusión en los adolescentes con intento de suicidio, siendo en su mayoría familias desintegradas y disfuncionales.

Consecuentemente, Marcelli (1992), dice que el desequilibrio afectivo de la familia influye de manera determinante en la aparición de la depresión en el adolescente, particularmente de aquellas familias desestructuradas por divorcio, separación, abandono o fallecimiento de algunos de los padres; dado que la depresión en esta etapa, se encuentra bajo el efecto de una constante amenaza de pérdida objetal.

Al estudiar, el lugar que el adolescente suicida ocupa entre hermanos, F. J. Kallman (citado en Aujuriaguerra, 1983) señala una desproporción entre los primogénitos e hijos únicos; como se puede observar en éste estudio. (Tabla 6) Asimismo, las hijas únicas, son más vulnerables a la depresión, debido a que el vínculo con sus padres edípicos difícilmente permiten el proceso de distanciamiento. (Marcelli, 1992)

Resultados sobre investigaciones sobre la relación del acto suicida y depresión con el número de hermanos o con el lugar que ocupa entre ellos, han sido inconsistentes.

Diversos autores, han investigado la presunta relación de los actos suicidas realizados a lo largo de la vida con distintas situaciones sufridas durante la infancia. Adam, et. al (1982), revisa la literatura sobre pérdida parental en la infancia, e indica que los datos varían en los distintos estudios. Este autor, encontró que el 48% de una muestra de personas con tentativa suicida había experimentado pérdida (por muerte, divorcio o separación) de los padres; apunta que la inestabilidad familiar puede ser la variable etiológica principal de la vulnerabilidad suicida.

Estas investigaciones coinciden con los datos obtenidos de los eventos sucedidos en la infancia de este estudio, por parte de las adolescentes con intento de suicidio, quien más

frecuente la separación de sus padres. Asimismo, la depresión adolescente, es más vulnerable por el fallecimiento, Abandono de uno o ambos padres o separación, que acentúan los sentimientos de pérdida los sentimientos de pérdida y abandono (Marcelli, 1992.) Tal como se observaron en el grupo de adolescentes con un trastorno depresivo. (Tabla 9)

El riesgo de suicidio, es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, sin embargo, el hecho de que un acontecimiento vital pueda desencadenar un acto de suicidio en un paciente psiquiátrico y no afectar a otro con el mismo diagnóstico recuerda que pueden interactuar en el ámbito biológico y psicosocial y que inciden en la persona en un momento determinado, a modo de crisis o persistente durante un período prolongado. (Sarró & De la Cruz, 1991)

El diagnóstico psiquiátrico en las adolescentes con intento de suicidio mayormente presentado fue el Depresivo Mayor, seguido del Trastorno Depresivo con Rasgos Cluster B o Border line (ver tabla 7.) Numerosos estudios concuerdan que la depresión mayor, los trastornos de conducta y de ansiedad, son los que más posibilidades tienen de llevar a cabo la conducta suicida en determinadas condiciones. Pero sobre todo es fundamental la presencia de estos trastornos en comorbilidad con trastornos de la personalidad del tipo límite y/o narcisista. (Rodríguez, S. C; 1995)

A pesar de que autores coinciden en que la condición psicopatológica más frecuente y establemente asociada al suicidio es la enfermedad depresiva similar al del adulto; Marcelli (1992), considera que los intentos de suicidio, más que una depresión mayor el adolescente pasa por una crisis ansiosa - depresiva, donde la tentativa suicida es en general con medicamentos o sección de venas, que sucede en un contexto reactivo e impulsivo. O en su defecto, son adolescentes llamados *border line* o límite, que frecuentemente viven depresión por abandono y especialmente pasan al acto mediante gestos autoagresivos.

Respecto a la depresión en la adolescencia, Deykin, E. y cols (1987), realizaron un estudio a 424 adolescentes, donde hallaron que la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue de 6.8%. Acompañado frecuentemente de alcoholismo y toxicomanías siendo el 8,2 y 9,4% respectivamente. Por su parte, Choquet y cols en 1988, (citados en Sarró & De la Cruz, 1991), apreciaron que los comportamientos alimentarios se hallan a menudo perturbados, particularmente manifestados en las mujeres como Anorexia (18%); tal como se observa en las adolescentes depresivas de la muestra (ver tabla 7.)

Según Rodríguez, (1995), la ideación suicida, se refiere a la presencia temporal o permanente de amenazas, alusiones y pensamientos acerca de la muerte planteadas, en forma indirecta o directa. Tal como se presentaron en ambos grupos de la muestra (Gráfica 5.) Villardón (1993), afirma que las mujeres tienen más ideación suicida que los hombres, sin embargo, son ellas las que representan más razones para vivir, por lo que desvían sus intenciones de morir. Ello puede explicar por qué las mujeres se suicidan con menor frecuencia y lo intentan más. Alonso- Fernández (1994), dice que la conducta autodestructiva, ideas suicidas y la tendencia al acto, se consideran en su totalidad uno de

los síntomas específicos de la depresión. Otros autores, como Goldber, 1981; Hodgman y Roberts, 1982; Brooksbansk, 1985; Allen, 1987 (citados en Villardón, 1993), comprueban que el pensamiento suicida, en la depresión adolescente, es muy común, pero no siempre culminan en el suicidio. Esta constatación lleva a plantearse la existencia de otros factores en la aparición de conducta suicida, pues a pesar de la importancia del diagnóstico de depresión en la conducta suicida, existe un gran número de personas deprimidas que no se suicidan.

Por tal razón, es importante mencionar el estudio de Perris (1966) citado en Polaino, 1988; quien comparó a pacientes deprimidos con tentativa suicida con otros deprimidos que jamás han intentado suicidarse, observaron que, en los primeros, la duración de la enfermedad es mucho más larga. Otros autores, postulan que los depresivos raramente culminan sus ideas suicidas si se hallan en un grado agudo de la enfermedad, pues existe un retardo motor profundo que inhibe la acción; no obstante, los momentos de mayor riesgo empieza a decrecer la inhibición, es decir, en el momento de la mejoría terapéutica, cuando el paciente tiene la motivación y la energía requerida para el intento. (Rojas, 1978; Alonso-Fernández 1994; Mendels, J, 1977; Hendin, 1976, citado en Arieti & Bemporad, 1978; Ayuso y Sáiz; 1981)

Los métodos utilizados para el suicidio varían, según características demográficas, tales como el sexo, la edad y el medio en que habitan. Para el suicidio consumado utilizan con mayor frecuencia métodos violentos, de mayor letalidad; mientras que la intoxicación medicamentosa es más frecuente en las tentativas suicidas y preferentemente utilizado por las mujeres. En los últimos años, en el mundo occidental se ha utilizado preferentemente, la intoxicación por medicamentos, en las tentativas con cifras del 80 al 90% de éstos. (Sarró & De la Cruz, 1991) Asimismo, A. Mattson y Gaultier (citados en Aujuriaguerra, 1983); Ramírez, et al. (1989), y Villasana (1990), concuerdan que el procedimiento más frecuente es la ingestión de medicamentos sobre todo en adolescentes del género femenino, por lo que excepcionalmente, recurren al ahorcamiento, a la utilización de armas de fuego o arrojarse al vacío. (Cobo, 1992) Tal como se observan en las adolescentes de la muestra que cometieron el intento. (Gráfica 2)

Al estudiar los motivos que impulsaron a la tentativa suicida en las adolescentes predominaron el No sentirse queridas a sí mismas ni por la familia y por problemas familiares (ver tabla 8.) Al respecto, Cobo (1992), afirma que el fuerte sentimiento de sentirse rechazado o de no ser queridos, es uno de los factores que favorecen el suicidio en la adolescencia, así como los problemas familiares, puesto que en general son familias caóticas, y por ende, tienen padres con escasa capacidad para ayudar eficazmente al hijo con problemas.

Asimismo, Harlow, 1986; dice que el desprecio a sí mismo puede llevar a una carencia de propósito en la vida que podría conducir al pensamiento de suicidio. Por su parte, Baumeister (1990), en su artículo titulado "*Suicidio como escape de sí mismo*", afirma que las personas con tendencia suicidas tienen un concepto de sí mismo negativo, no acorde con su ideal del Yo, por lo que con la tentativa de suicidio, el adolescente pretende escapar de

un conocimiento de sí mismo negativo y de los afectos en relación con la familia como persona "no querida" o como un estorbo es un factor que contribuye a la realización de un intento de suicidio (citados en Villardón, 1993.) Por otra parte, Teicher, (1970) citado en Polaino (1988), en un estudio realizado entre los adolescentes constata que el 74% manifestó vivir continuamente con una familia calificada como extremadamente conflictivas, siendo la causa de su intento.

En cuanto, al número de intentos previos, los resultados obtenidos fueron que las adolescentes sólo lo habían intentado en una ocasión (ver gráfica 3.) Referente a esto, Sarró & De la Cruz (1991), dicen que los porcentajes obtenidos sobre tentativas de suicidio previas son discrepantes entre el 3 al 5% en la población general a partir de los 15 años de edad. Añade que estas discrepancias pueden ser debidas al escaso interés por parte de la persona que ha realizado el acto suicida o de los familiares para facilitar información. Cabe mencionar que el antecedente de uno o varias tentativas suicidas constituyen un elevado riesgo de repetición y es predictivo de un mayor riesgo. Davidson y Philippe (1986), señalan que la proporción de las recidivas es más alto en las mujeres que en los hombres, de igual manera, Rodríguez Sala de Gómez Gil (1974), señala que las mujeres muestran una gran preferencia de reincidir con mayor frecuencia, pero que a pesar de ello, no consuman el suicidio, sino que lo frustran. Con respecto, al mes en que llevan a cabo los actos suicidas, confirma que para el D. F. los meses primaverales y los que registran temperaturas medias más elevadas -abril, mayo, junio, julio y septiembre- son los más propicios para los intentos y especialmente los suicidios. Y, en particular las mujeres que sólo intentan el acto, muestran una preferencia en los meses iniciales del año (enero y febrero), en contraste, la incidencia de las tentativas en este estudio fue variable, marcándose en los meses de Agosto (31.3%), Septiembre y Noviembre en el 25% para cada uno. (Gráfica 4)

La mayoría de los trabajos consultados coinciden que las características sociodemográficas representan una diversidad de factores de riesgos suicida y de vulnerabilidad depresiva. No obstante, estas fuentes de información estadística son de gran ayuda para comprender la dimensión del problema de los actos suicidas y de la depresión, que cada vez más se presentan en la adolescencia.

Con base en los resultados de las aplicaciones del Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak (EFY), a partir de los puntajes promedio obtenidos de los grupos de adolescentes mujeres con intento de suicidio y sin intento con un trastorno depresivo. Se encontraron diferencias significativas al nivel del .03, en las funciones del Yo, aunque solamente en dos: Juicio y Regresión Adaptativa al Servicio del Yo. (Gráfica 6)

Con respecto a la función *Juicio*; se observa que el grupo de adolescentes con intento de suicidio, actúan emocional y socialmente en forma inapropiada, no anticipan adecuadamente las consecuencias de sus actos. Con frecuencia juzgan mal las intenciones de las personas que les rodean, con la creencia que ellos son quienes mal interpretan las cosas que hacen. A pesar de esto, las consecuencias conductuales de su juicio no son tan graves como causarse un peligro grave a su vida, eligiendo métodos pasivos (ingesta de

pastillas) con la tendencia de manipular a las personas de manera equivocada, pero poniendo en riesgo su salud y sus relaciones interpersonales.

En cambio, las adolescentes con un trastorno depresivo tienen un juicio marcadamente inapropiado, lo cual implica un peligro grave para su vida y para las personas que les rodean, tomando frecuentemente riesgos innecesarios. No anticipan las consecuencias de sus actos; tienen una conciencia bastante defectuosa sobre las mismas, interpretando inadecuadamente sus relaciones con su medio en función de sus propios actos.

Este resultado, puede explicarse por el período mismo, como por lo que conlleva a la tentativa suicida y a la temática depresiva.

Anna Freud (1936/1992) afirma "el adolescente está empeñado en una lucha emocional de extremada urgencia e inmediatez de sus necesidades; por su intolerancia a la frustración y por la tendencia a utilizar todo tipo de relación como medio para la satisfacción de sus deseos, sin tomar en cuenta consecuencias de sus actos". Blos (1975), dice que al inducirse una cualidad narcisista, el adolescente se vuelve rebelde, arrogante con fallas en el juicio.

Cobo (1992), dice que la joven es más temerosa y ambivalente al elegir la forma de intentarse quitar la vida, ya que sigue predominando en ella, el instinto de conservación por lo que recurre al método menos letal, como es la facilidad del consumo de medicamentos, a sabiendas que no le causará un daño grave que facilitará su rescate. Los adolescentes suicidas tratan de evitar cualquier peligro de realizar la tentativa; tratan de emplear el chantaje o alguna forma de influir sobre los demás con la intención de impresionar o herir a otra gente, o bien, como una forma de lograr el amor que considera carente. (Stengel, 1965; Farberow y Shneidman, 1969; Weiner y Elkind, 1976; Aujuriaguerra, 1983)

En relación, con la depresión en la adolescencia, incide la inmadurez de sus juicios; por ello, pueden predisponer al adolescente a los actos impulsivos y las reacciones extremas; puesto que por una total desesperación denotan una alarmante propensión a las actividades autodestructivas. (Arieti & Bemporad, 1978.) De esta forma, la depresión muestra entre sus diversos síntomas, la dificultad para pensar en las consecuencias de sus actos, debido a que el pensamiento se ve constantemente interferido. El adolescente está convencido por sus sentimientos depresivos, reaccionando con frecuencia mediante una conducta antisocial, que refuerza su creencia. El Yo se ve "empobrecido" y confundido por los procesos de duelo que tiene que sobrellevar. Ante ésta circunstancia pierde momentáneamente su función de mediar entre sus pulsiones, sus normas (Superyó) y las exigencias del mundo exterior. (Fernández, 1974; Ayuso y Sáiz, 1981)

Estos datos nos permiten aceptar la hipótesis alterna (Hi2), que plantea: Existen diferencias estadísticamente significativas en la capacidad para anticipar las consecuencias de sus actos en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con la presencia de un trastorno depresivo.

Referente a la *Regresión Adaptativa al Servicio del Yo (RASYS)*; las adolescentes con intento de suicidio son capaces de disfrutar de pensamientos, sentimientos y fantasías primitivas con moderada dificultad para lograrlas y canalizarlas adaptativamente, actuando de manera espontánea o un poco rígida ante ellas. Interfiriendo en su estado de ánimo con leve dificultad para disfrutar de actividades divertidas o graciosas; por ello, sus fantasías y ensueños difícilmente son llevadas a una actividad productiva, siendo expresadas en la tentativa suicida.

Mientras que, las adolescentes con un trastorno depresivo, poseen una capacidad extremadamente regresiva o nula. Sus pensamientos, sentimientos y fantasías primitivas son experimentados como amenazas o extraños a su Yo, pues cuentan con una incapacidad relativa para soltar o renunciar a los tipos más estrechos de control, por lo que carecen de imaginación o difícilmente se involucran en fantasías alegres o participando en juegos o situaciones graciosas. No obstante, pueden experimentarlas y disfrutarlas en forma excesiva, resistiéndose a su recuperación; afectando notablemente en la solución de sus problemas.

Estos resultados se respaldan en el estudio realizado por Tercero (1999), en pacientes adolescentes con intento de suicidio, sobre las funciones yoicas, en el cual encontró que éstos son capaces de disfrutar de sentimientos y fantasías primitivas, con dificultad para canalizar sus resultados de forma adaptativa. El estudio realizado por Lieselotte, et al. (citado en Bellak & Goldsmith, 1984), sobre las funciones del Yo, en pacientes deprimidos, encontraron el nivel más bajo de funcionamiento en la regresión al servicio del Yo. Cabe mencionar que en el presente estudio la función juicio fue la más baja en el grupo de trastorno depresivo.

Desde el punto de vista, Blos (1970) afirma que la regresión suele ser normal en el adolescente, es un proceso inherente a su propio desarrollo. Esta capacidad de fantasear e imaginar de las adolescentes suicidas es permitida por sus fantasías entorno a la muerte. Mauricio Abadi (1973), afirma, que el miedo a la muerte es, sin lugar a dudas, la angustia fundamental del hombre. El final de la vida o muerte está vinculado con fantasías inconscientes relacionadas con las protovivencias del ser humano, antes, durante e inmediatamente después del nacimiento. Así la muerte es fantaseada directa o simbólicamente como *regresión intrauterina* o *reinfestación*, como *tránsito o mudanza* y como *desintegración y locura*. De este modo reconoce las tentativas suicidas centradas en: a) agarrarse de la vida, b) intentar negar el sentido del morir como un fin, postulándolo antes como tránsito a otra vida, y finalmente, c) con la creencia acerca de la inmortalidad del alma. Entonces, el deseo de muerte encubre diferentes fantasías inconscientes, algunas basadas en una *regresión*, como el retorno al vientre materno, otras en una defensa disociativa, como el deseo de mutilar y expulsar fuera de sí una vida que ha vuelto persecutoria.

Tanto Freud (1914), como Menninger (1972), afirman que los impulsos autodestructivos surgen a partir del impulso de matar a otro, como agresión directa hacia el exterior, y de rehuir de los conflictos. De esta manera, el suicidio es como una *venganza* hacia aquellos

que lo han orientado a esa solución, ya que con su contacto pretenden transformar el ambiente que les rodea y provocar sentimientos de culpa. Por ello, a menudo, el intento de suicidio, es interpretado como la expresión de fantasías de nacimiento o más exactamente como deseo de regreso al seno materno, de tal forma quien intenta el acto imagina lo triste que estarían sus padres y cómo lamentarían haberlo maltratado, creándoles sentimientos de culpa. En efecto, son personas predominantemente orales e infantiles que desean e imaginan su retorno a la primera relación de contacto; por lo que muchas veces éstas utilizan métodos por vía oral que representa la fantasía del seno materno por ser el conducto de la alimentación y la primera relación afectiva. (Cobo, 1992)

Estas afirmaciones se confirman con lo que Kris (1964), postula que "bajo la influencia del carácter regresivo de lo cómico y de las fantasías, volvemos a la dicha de la niñez". Frecuentemente, la transición lograda por lo cómico puede aparecer bajo el disfraz de mecanismo de defensa a fin de dominar y eludir las emociones, principalmente la ansiedad, esto es reprimir por medio de la risa o la fantasía el temor o miedo a un daño.

En cambio, en la depresión, los adolescentes se encuentran bajo una constante amenaza de pérdida objetal, que da como resultado un humor depresivo, apatía y más directamente una gran hostilidad, expresada en una actitud hosca y malhumorada, como castigo a sí mismo, en lugar del objeto perdido, pues incluso a éste lo aprecia y lo idealiza, acentuándose los sentimientos y pensamientos que no le proporcionen placer o felicidad. Ante esta idealización, el adolescente depresivo, inmediatamente renuncia a las experiencias de placer y libertad personal. (Ostow, 1973; Marcelli, 1992; Aguirre, 1996)

Kris (1964), dice que la descarga motriz (risa) es afectada por medio del pensamiento, el cual en la enfermedad depresiva se encuentra distorsionado centrado sólo en las situaciones negativas, que contienen el placer del humor. Esta perturbación del humorismo, está relacionada con una situación dramática especial de su niñez, donde tuvo la desdicha que se rieran de ella y ahora, en los casos en que el adulto experimenta el placer cómico, se identifica inconscientemente con el otro, que es el centro de la risa.

Con base a este resultado, se acepta la hipótesis alterna (Hi7), que plantea: Existen diferencias estadísticamente significativas en la capacidad para permitirse fantasear e imaginar, en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento con la presencia de un trastorno depresivo; lo que permite rechazar la hipótesis nula.

Respecto a las demás funciones en las que no se encontraron diferencias estadísticamente significativa al nivel .03, se llevó a cabo un análisis cualitativo de ellas, en función del contenido de los reactivos y la manera como los grupos respondieron, de lo cual se desprende lo siguiente:

Los adolescentes cuentan con una incapacidad de distorsión mínima para percibir los estímulos internos de los externo, en particular al despertarse o dormirse; dificultando esporádicamente su orientación en tiempo y espacio. Se percibían ocasionalmente de sus

fallas en el momento en que ocurren, prioritariamente de sus estados internos, poniendo más atención en sus sentimientos y posibles significados, interpretando inadecuadamente los acontecimientos (*Prueba de Realidad*)

Como señala Aberastury (1978), los adolescentes se encuentran refugiados en su mundo interno (autismo adolescente) que le es seguro y conocido, rompiendo en gran parte con sus conexiones con el exterior, actuando con cierta torpeza en la comprensión de lo que sucede a su alrededor. Blos (1975), dice que al encontrarse en una fase narcisista, el Yo se convierte en receptor de la libido, catectiza las demás funciones, caracterizada por un aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad llegando hasta la pérdida del contacto con la misma. Por su parte, Erikson (1959), dice los adolescentes viven con cierta desubicación temporal, influyendo directamente en las manifestaciones depresivas enmarcadas por el temor al tiempo con la incapacidad para manejar la dimensión temporal. Parecen vivir en una situación de "todo o nada", dando a hechos triviales una trascendencia desmedida reaccionando de una manera determinante expresada en actos suicidas. Como destaca, Abadi (1973), el suicidio es una actuación psicótica resultante frente a determinados peligros de los que trata de escapar.

En cuanto al sentido de realidad; las adolescentes, presentan signos muy ocasionales de irrealización y despersonalización; a veces pueden sentir que están viendo las cosas desde afuera, por lo general, bajo circunstancias de tensión, apareciendo algunos sentimientos moderadamente irrealistas acerca de su cuerpo. Pueden tener una personalidad "como si", u otras manifestaciones de representación de papeles en su búsqueda de identidad. A menudo, se sienten humilladas y algunas veces dependen de la retroalimentación externa o de la opinión de los demás para consolidar su identidad; y sólo bajo situaciones relativamente estables no dependen del apoyo externo. (*Sentido de la Realidad del Mundo y del Sí mismo*)

Como argumentó Blos (1975), la angustia concomitante a este periodo origina procesos restitutivos que van desde leves sentimientos de despersonalización hasta estados psicóticos, o alternativamente a la vida de fantasía, con la finalidad de llenar el vacío emocional que experimentan cuando los nuevos impulsos instintivos de la pubertad no pueden estar por más tiempo unidos a los antiguos objetos. Asimismo, Aberastury (1978), dice que en duelo por el cuerpo perdido, el adolescente siente sus cambios como algo externo frente a los cuales se siente como espectador impotente de lo que ocurre en su propio cuerpo; es muy frecuente que el sentimiento de extrañeza y del no- reconocimiento del propio cuerpo invada al adolescente, teniendo la sensación de estar deformado físicamente, por lo cual esto no necesariamente tiene por qué corresponder con la realidad, ya que se trata de falsas percepciones de la imagen de sí misma. A su vez, esto conlleva al duelo por el rol infantil, propiciando su búsqueda de identidad adulta, recurriendo a situaciones de uniformidad e identificación masiva que le brinden seguridad y apoyo, transfiriendo al grupo parte de su dependencia. Al respecto, Erikson (1968), dice que la búsqueda de identidad alcanza una fase crítica; se preocupan especialmente de lo que parecen ser ante los ojos de los demás en comparación de lo que ellos sienten que son, apoyándose en modelos poco apropiados, y llevarlo a adoptar distintas identidades, durante un período en su constante búsqueda. Los adolescentes tratan de proyectar en otras personas

su propio Yo, aun difuso e indiferenciado, con la finalidad de aclarar y descubrir su propia identidad, y el sentido de sí mismo en relación con el exterior, dificultando así el segundo proceso de separación - individuación de esta etapa, conduciéndolo al camino de la depresión. (Marcelli, 1992)

Por otra parte, el control de sus impulsos oscila entre el control excesivo y muy deficiente; frecuentemente fluctúan entre ser impulsivas o inquietas y ser apáticas, esto es cuando el control de sus impulsos es extremadamente rígido, manifiestan rupturas impulsivas en forma de acting out, desde furias esporádicas, berrinches, manifestaciones psicósomáticas hasta conductas autodestructivas; esto indica que no cuentan con adecuados recursos en momentos de quebranto, ni tampoco para gestionar la ansiedad, la excitación o la tristeza. Por ello, sus afectos y estado de ánimo es muy lábil, llorando en un momento y riendo al siguiente. (*Regulación y control de los impulsos, afectos e instintos*)

Según Blos (1970), el control instintivo del adolescente se encuentra empobrecido, por lo que la tensión instintiva es aliviada en parte por descargas hacia el exterior mediante la expresión motriz o bien por descargas hacia el interior, manifestadas por problemas fisiológicos o síntomas depresivos. Como señalan, Anna Freud (1936/1992) y Aberastury (1978), la conducta del adolescente está dominada por la acción; puesto que hay un desequilibrio (Yo- Ello), que intensifica las tendencias agresivas, la indocilidad, la brutalidad y las tendencias exhibicionistas. Su conducta es brusca y desconsiderada, su estado de ánimo fluctúa entre más extremo optimismo y más profundo pesimismo, acompañado por un sentimiento básico de ansiedad y depresión. La intensidad y frecuencias de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones en su estado de ánimo.

Con respecto a los actos suicidas, Menninger (1972), dice que en la humanidad existen fuertes propensiones hacia la destrucción; esto es, impulsos agresivos dirigidos hacia fuera como hacia sí mismo, ante la proximidad de un rival y/o amenazas de la privación de satisfacciones. Anna Freud (1936/1992) dijo que frecuentemente los adolescentes reaccionan de forma impulsiva, cuando el padre u otra figura de autoridad, interfiere en el logro de sus objetivos, expresándose por la agresión dirigida hacia los otros y más abiertamente en los intentos de suicidio; puesto que la agresividad y la hostilidad que en un principio sirvieron como defensa se vuelven en su contra experimentando una intensa depresión, sentimientos auto degradantes y autodestructivos.

Respecto a las relaciones objetales se observan diferencias cualitativas, donde las relaciones interpersonales de los adolescentes con intento de suicidio, están caracterizadas por interacciones de tipo neurótico en forma de aislamiento, narcisismo o sobre dependencia. Su identidad depende de la percepción de los demás, siendo sensibles a los rechazos y abandonos sobre todo cuando no está centrada la atención de los demás en ellas, no tolerando la distancia ni la soledad, reflejado en la intención suicida. A diferencia, las adolescentes con trastorno depresivo, sus relaciones objetales están caracterizadas por un apego o aferramiento extremo, dificultando considerablemente el equilibrio entre la distancia y la cercanía, prefiriendo relaciones muy intensas o muy frías, con constante

temor a su rompimiento. Su identidad depende excesivamente de la percepción de los que le rodean, con desmesurados intentos por "cambiar" a los demás con la creencia que con ello conformaran su identidad. Así, las adolescentes de ambos grupos, pueden usar y explotar a las personas para satisfacer sus propias necesidades y ambiciones, sin pensar en los sentimientos de los demás, por lo cual fácilmente se sienten heridas o rechazadas. (*Relaciones Objetales*)

Blos (1975), afirma que, al cambiar los impulsos a la genitalidad, los adolescentes buscan intensamente objetos extrafamiliares, inician intensas relaciones amorosas o bien las interrumpen con la misma brusquedad. Emprenden una búsqueda de nuevos objetos, dirigida hacia amistades que demanden una idealización y dependencia ya que las características del otro son admiradas y amadas, constituyendo algo que el sujeto mismo desea tener, siendo sus relaciones en esencia narcisistas, superficiales y transitorias, experimentándolas como amenazantes, como una nueva dependencia, sumisión y rendición emocional. Así el fenómeno grupal adquiere trascendencia, transfiere a éste parte de su dependencia con el afán de lograr su identidad, siendo extremadamente exclusivistas e intolerantes, de los que son diferentes de su grupo; fluctuando entre una dependencia e independencia extrema, puesto que se mueve entre el impulso al desprendimiento y la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido. (Aberastury, 1978)

En los actos suicidas se advierte un deseo de búsqueda de contacto con la necesidad de depender de otros, lo que significa retornar a una previa relación dependiente (madre - hijo); pues el adolescente percibe o tiene la creencia de una insostenible falta de cariño, más aun cuando el intento se precipita por alguna desilusión, ruptura amorosa, discusión con los padres o frustración inmediata. (Stengel, 1965; Bender, L, citado en Aujuriaguerra, 1983; Weiner & Elkind, 1976)

En la depresión, las pérdidas del período adolescente adquieren un impacto traumático y desorganizado, acentuado por el narcisismo de él, que se encuentra menos afianzado y más dependiente de los objetos externos. Por lo que en aquellos que han sufrido constantes rupturas pasadas o recientes, se enfatiza el sentimiento de pérdida a cada momento de separación. (Marcelli, 1992) En especial, en ella, se presenta una forma repetida de relaciones de objeto narcisista, con conflictos de ambivalencia.

Por otra parte, en las adolescentes (ambos grupos), su pensamiento se ve interferido; la memoria, atención y concentración, se muestran afectadas, sobre todo en situaciones emocionalmente cargadas, requiriendo de un gran esfuerzo para ejercer sus funciones de manera efectiva. Bajo extrema tensión, estas capacidades se encuentran interferidas, obstaculizando el término de sus actividades; de ahí que su pensamiento sea concreto e incluso sincrético, esto es, puede estar desorganizado o ser ilógico en esos momentos. Debido a esto su pensamiento fluctúa entre los modos de funcionamiento abstracto - concreto, expresándose rígida o meticolosamente o bien con grados moderados de vaguedad y desorganización. (*Procesos del Pensamiento*)

Según la teoría propuesta por Piaget en 1958 (citado en Craig, 1994), el cambio cognoscitivo adolescente consiste en la aparición del pensamiento de las operaciones formales. Este nuevo procesamiento intelectual es abstruivo, especulativo, que incluye el pensar en posibilidades, comparar la realidad con aquello que puede ocurrir o podrá suceder; sin embargo, esto no es así en los grupos de la muestra, sino como dicen Kreating, 1976; Neimark, 1975, (citados en Craig), de que no siempre el cambio es radical y cualitativo en el pensamiento, sino también hay cambios entre el pensamiento operacional y modos cognoscitivos anteriores y como puede considerarse como extensión de las operaciones concretas. De ahí que la conducta sea extrema y fluctuante pues empiezan a hacer una evaluación personal de sí mismos, que inmiscuida en un aspecto depresivo se distorsiona cognitivamente sobre todo para el reconocimiento afectivo, centrándose sólo en sus incapacidades o errores (descalificación de lo positivo.) La dificultad de la atención y concentración se combinan para seguir el patrón ilógico del pensamiento que comprende desde la insuficiencia hasta la culpabilidad con el convencimiento de un castigo inevitable y justificado, como puede ser el privarse de comer y dormir hasta la forma más extrema el suicidio. (Mendels, 1977; Burns, 1980; Sullivan & Everstine, 1992)

El funcionamiento defensivo de las adolescentes con intento de suicidio, muestra evidencias de racionalización, intelectualización, formación reactiva y proyección transitoria; por ello son en extremo ideacionales, predominando los pensamientos sobre sus afectos e inversamente. El acting out, se ve favorecido ya que la acción aparece como sustituto de sus pensamientos reprimidos, que se expresan bajo circunstancias estresantes, puesto que ante estas se muestran intolerables, cayendo en estados disfóricos e impulsivos o en una depresión profunda o frecuentes rupturas de ansiedad. Se preocupan por lo que otras personas dicen acerca de ellas, cruzando por su mente ideas extrañas o amenazantes, restringiendo su funcionamiento yoico. En tanto, el funcionamiento defensivo, de las adolescentes con un trastorno depresivo, sus defensas son análogas al "sobrecontrol"; a menudo se aíslan de las personas que les rodean proyectando sus sentimientos de evitación y evasión en éstas; tienen la sensación de no poder manejar sus problemas cotidianos ni situaciones adversas; produciéndose una inhibición severa de Yo, siendo sus defensas más desadaptativas antes las circunstancias. (*Funcionamiento Defensivo*)

Como señala, Anna Freud (1936/1996) en su libro "*El yo y los mecanismos de defensa*", que las adolescentes ante los duelos que tiene que enfrentar lo llevan a una vivencia de fracaso e impotencia, obligándolo a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo, por medio de la intelectualización y la fantasía, como medidas defensivas. Además de los procesos de proyección e introyección que favorecen los cambios repentinos en su estado de ánimo. El adolescente, se defiende de la ansiedad que le produce la separación de sus objetos primarios, de esta manera, invierte sus afectos hacia ellos en sus opuestos (amor en odio), sin embargo, esta inversión se vuelve en su contra como amenazas y como tales las evita por medio de la proyección, convirtiéndose los padres como sus principales perseguidores, permitiendo el acting out, no obstante, cuando esta inversión de afectos se vuelve totalmente contra sí mismos, experimentan una intensa depresión y tendencias autodestructivas.

Un estudio realizado por Alan Apter (1989), sobre los mecanismos de defensa en pacientes suicidas encontró que, éstos presentan sus actos como producto de un "acting out" en una fase de intolerancia ante una exposición o evento estresante, donde la agresividad es manejada hacia adentro (*introyección*) además de un *desplazamiento* de la agresión de los objetos primarios, que se lleva a cabo por medio de una representación simbólica que sustituye esos objetos. La *negación* de la agresividad hacia fuera inclinándose hacia una posible depresión o ideas suicidas. Y la *proyección*, donde el sentimiento agresivo se suele depositar a otra persona de su medio ambiente; todos ellos acentuados en situaciones estresantes.

La barrera contra los estímulos sensoriales de las adolescentes de ambos grupos, es bastante baja. Son hipersensibles a la estimulación excesiva; los ruidos, las luces demasiado brillantes o cambios de temperaturas les son demasiado molestos; paradójicamente, disfrutan de éstos a pesar de su excitabilidad, pero sólo por cortos períodos, manifestándose irritables, malhumoradas, con gran facilidad para perder la calma cuando muchas situaciones suceden al mismo tiempo, aislándose constantemente; interfiriendo notablemente en sus hábitos de sueño y produciéndoles alteraciones psicósomáticas, como dolor de cabeza y de estómago. (*Barrera a los Estímulos*)

Como señala, Hartmann (1969), con la expresión directa y pobre control de los instintos aunado a los cambios fisiológicos del período adolescente, la barrera a los estímulos es fácilmente trastornada por ellos. El mundo interno y sus funciones hacen posible un proceso de adaptación que consta de dos pasos: a) retirada del mundo externo [aislamiento, soledad como forma de escape] y b) el retorno a él con un dominio [sobreevaluación, narcisismo adolescente.]. No obstante, este proceso en la depresión se ve truncado, por las alteraciones en el sueño que frecuentemente se presentan, además de otros síntomas característicos de esta enfermedad; o bien, pueden tener una tendencia a la acción aunque sea primitiva, en forma de defensa y disculpa ante la hipersensibilidad o irritabilidad que producen los cambios fluctuantes en el estado de ánimo.

Las funciones de autonomía primaria (memoria, atención, concentración, lenguaje, etc) tal y como ya se había dicho, se encuentran interferidas moderadamente en las adolescentes de ambos grupos. Realizan esfuerzos mayores que el usual para llevar a cabo sus tareas escolares y trabajos rutinarios, debido en parte a la dificultad para atender a las instrucciones indicadas, con la constante sensación de poder realizar las cosas cotidianas y para emprenderlas con una intromisión en el lenguaje (habla confusa) especialmente cuando están asociadas en áreas de conflicto o tensión extrema. Consecuentemente, sus hábitos y habilidades, se ven afectadas por la intrusión de pensamientos, sentimientos y fantasías inmiscuidas en su temática depresiva o suicida. (*Función Autónoma*)

Esto se respalda, por la sintomatología depresiva, que se proyecta tanto en el aspecto psicomotor como en el curso del pensamiento y lenguaje, donde las actividades habituales requieren un mayor esfuerzo, debido a que las ideas no fluyen libremente, la rememoración es pobre e imprecisa y los contenidos son escasos y centrados habitualmente en las

temáticas de fracaso, pesimismo y desesperación, con pérdida de interés por el exterior, afectando su autonomía primaria y secundaria.

Ambos grupos, presentan indicios de funcionamiento no integrado del yo, con dificultad para reconciliar algunas áreas de contradicción potencial. En consecuencia, tienen objetivos vitales inconsistentes, siendo muy divergentes en sus planes a futuro y su elección vocacional. Se sienten desconcertadas por estas y por otras contradicciones y ambigüedades y creencias opuestas; debido por la dificultad para tolerar sus sentimientos de amor y odio dirigidos hacia sí misma, como a las personas que les rodean; por la intolerancia a la constante intromisión de sus figuras de autoridad en sus actividades o proyectos y por cambios o instrucciones inesperadas, que bloquean sus aspiraciones, alejándose y dejando a un lado sus tareas sin importarles concluir las. (*Función Sintética - Integrativa*)

Como señala, Erikson (1968), el logro de la identidad del Yo, implica la integración total de ambiciones y aspiraciones vocacionales, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores. Sin embargo, al no lograrse, surge una crisis, en la cual, algunos optan por un tiempo y aplazan sus compromisos para más adelante (moratoria psicosocial), mientras otros optan por una identidad negativa integrándose a pandillas, actos delictivos, a fin de obtener cierto control de la situación. En casos extremos, prefieren no ser nada y estar muertos por decisión propia (suicidio.) En virtud, la capacidad integrativa y sintética del Yo, se ve afectada al no fijarse los intereses yoicos y preferenciales, implicando un funcionamiento yoico bajo en las demás con un nivel inconsistente y no resistente a la regresión, con fallas en la integración de las experiencias y remanentes traumáticos aun no resueltos en la infancia temprana. (Blos, 1970)

La capacidad de dominio, es parcial en las adolescentes con intento de suicidio; algunas veces son pasivas y otras activas. Cuando sus esfuerzos son activos se dirigen con la intención que las demás personas logren sus deseos, en lugar de enfrentar las circunstancias, siendo muchas veces manipulativa, con el temor al fracaso, al rechazo y con la necesidad de elogio y aprobación de los demás. De esta forma, su sentido de competencia, es igualmente bajo, se devalúan con respecto a sus propios esfuerzos, sin importarles que tan efectivos sean en realidad, lo que refleja una baja autoestima en ellas. En cambio, la capacidad de dominio y competencia de las adolescentes con un trastorno depresivo, es principalmente pasiva, prefieren que los demás se esfuercen para obtener lo que ellas quieren lograr actuando en forma incongruente con sus esfuerzos, quieren alcanzar algo pero no se esfuerzan, porque sienten que no pueden hacer las cosas como la mayoría de las personas. Esto refleja gran devaluación y desvalorización de sus esfuerzos, con una autoestima baja y predominantes sentimientos de culpa. (*Dominio - Competencia*)

Erikson (1968), dice que los adolescentes se preocupan de lo que parecen ser ante los ojos de los demás, en comparación con que ellos sienten que son, ante esto buscan constantemente oportunidades para obtener la aprobación de los demás, pero al mismo tiempo, teme contraer nuevos compromisos que le impliquen demasiadas expectativas, tomando una actitud demasiado receptiva y/o confiada, antes de verse obligado a realizar actividades que le resultan vergonzosas a sus propios ojos y ante los demás, siendo

vacilante en sus propias capacidades enfatizándose cuando su autoestima y autonomía se encuentran afectadas.

Marcelli (1992), afirma que una depresión común en la adolescencia, es por un complejo de inferioridad, que se manifiesta por una pérdida de la autoestima y por sentimientos marcados de inferioridad, influidos por las exigencias ideales de los padres y la evaluación de su Yo presente. O bien, por una constante idealización de los logros del padre perdido, los cuales siente que nunca llegará a alcanzar. Aunado a que los adolescentes suicidas, se ven motivados a realizar el acto por la creencia de sus actitudes denigrantes y por la incapacidad para resolver y enfrentar sus problemas poniendo en riesgo su vida, creyendo que la muerte es la única solución, con la finalidad de evitar alguna discusión con sus padres. (Weiner y Elkind, 1976)

Por los datos ya descritos, se observa que si existen diferencias estadísticamente significativas en las funciones del Yo: Juicio y Regresión Adaptativa al Servicio del Yo, en las adolescentes con intento de suicidio en comparación con las adolescentes sin intento de suicidio, con la presencia de un trastorno depresivo, en donde el grupo de intento de suicidio obtiene una media mayor. Apreciándose en las demás funciones diferencias cualitativas.

CONCLUSIÓN

La adolescencia es un proceso normativo, de mayor conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación en la fortaleza yoica. En ella, la estructura del Yo se encuentra en un estado de crisis y debilidad, en virtud del proceso de crecimiento, que propicia una serie de dificultades inherentes a dicha etapa, como es la depresión o en casos extremos la tentativa suicida.

La depresión, es el resultado de un conflicto intrapsíquico ente un Superyó primitivo y un Yo desvalido, como una respuesta afectiva básica en la adolescencia. (Sandler, 1965; citado en Polaino, 1988) En tanto que, la conducta suicida es compleja, multideterminada y profundamente centrada en el Yo, el cual está dirigido a conseguir un cambio o escapar de una problemática intrapersonal y/o interpersonal. (Sarró & De la Cruz, 1991)

Si bien, la depresión constituye una problemática central en el proceso de la adolescencia, por otra, la tentativa suicida representa también una conducta específica del mismo periodo, que merecen una ardua intervención psicológica.

El abordaje terapéutico de la problemática depresiva y del intento de suicidio, es variable, pues depende de la diversificación de enfoques y marco de referencia. Según Motto en 1985 (citado en Sarró y De la Cruz, 1991), no hay una técnica específica para tratar a los adolescentes, sino que se utilizan las mismas técnicas (psicológicas, sociales y/o farmacológica adecuadas) para cualquier situación de crisis en la adolescencia, teniendo en cuenta las necesidades de la persona.

Desde la Psicología del Yo, Bellak (1993), sugiere algunas medidas respecto a la evaluación sistemática de las funciones del Yo, como una herramienta valiosa para considerar el abordaje terapéutico necesario para cada paciente. (González, et al. 1986; Bellak & Goldsmith, 1993; Bleichmar & Leiberman, 1997.) Estas son las siguientes:

Cuando la capacidad perceptiva se ve afectada (prueba de realidad), una de las metas es corregir las distorsiones y capacitar al individuo para distinguir lo interno de lo externo y lo presente de lo pasado. Se debe buscar que el paciente conscientice la influencia de los estados internos sobre las percepciones externas. Una ventaja es que el Yo de los adolescentes esta ligado a la realidad como para no hundirse en una etapa indiferenciada.

El juicio, se debe evaluar sobre la base de las conductas que utiliza el adolescente para resolver situaciones conflictivas, lo que implica la necesidad de suplir la deficiencia del

juicio con el conocimiento por parte del paciente, de las consecuencias de su conducta intentada o realizada, esto es conducirlo a pensar en las causas y efectos de su conducta - en este caso suicida- a fin de prevenir su reincidencia o incidencia.

Por lo general, en el adolescente se presentan fallas en el sentido de realidad (experiencias de despersonalización y disociación); para superarlos, debe ponerse el propio Yo a disposición del paciente para auxiliarlo a percibir la realidad en los momentos en que parece no recuperarla, con la finalidad de que los acontecimientos externos sean incorporados en un contexto familiar y pertenecientes a su propio Yo.

El deterioro de la regulación de los impulsos (generalmente en el período adolescente), se relaciona directamente con una tendencia al acting out, sería conveniente señalarle al inicio de la terapia las situaciones en las cuales es especialmente probable que se presente el acting out, para aumentar su nivel de conciencia al respecto.

Por otra parte, cuando se encuentran dificultades en las relaciones objetales, es preciso llevar a cabo la separación del sí mismo interno y de las representaciones de objeto, e identificarlas con las ya internalizadas en la infancia, y así conocer la influencia en las percepciones y relaciones presentes.

Los defectos en el proceso de pensamiento afectan, muchas veces el tratamiento terapéutico, sin embargo, sino se encuentra muy deteriorado, el paciente puede ser capaz de utilizar su atención, memoria y formación de conceptos para tomar conciencia en relación con su realidad interna.

Referente a la regresión adaptativa, si el adolescente es capaz de regresar dentro de ciertos límites y lo encuentra agradable, permite utilizar esta capacidad para formar conocimientos nuevos limitados acerca de su propia creatividad, esta promueve el tratamiento a fin de resolver sus conflictos y conocer sus motivaciones inconscientes, esto es, poner a disposición del Yo nuevos conocimientos y capacidades para comprender los conflictos inconscientes, lo cual reflejaría una evolución positiva en cuanto a las demás funciones yoicas. En el caso especial de los adolescentes, su valor reside en que frente a los conflictos graves por deseos instintivos, se puedan abandonar por completo o en parte, y evitar así la angustia que causaría la persistencia de sus deseos. Para Blos (1978), con la regresión, el adolescente entre en contacto con dependencias, angustias y necesidades infantiles pendientes, pero ahora más vistas de recursos, y así poder superar los lazos de dependencia objetales infantiles.

En cuanto, al funcionamiento defensivo, en los casos de depresión grave por lo regular existe un retraso del pensamiento y de las asociaciones, que afectan la eficacia de los mecanismos de defensa, por lo cual, Bellak, sugiere establecer un tratamiento de apoyo en el que el terapeuta, comprenda las medidas defensivas propias de la adolescencia, para un

mejor manejo, puesto que, como ya se había mencionado el adolescente emplea defensas particulares para salvaguardar su integridad.

En la barrera contra los estímulos, cuando los adolescentes tienen un umbral bajo, el ambiente psicoterapéutico debe estar diseñado para reducir la estimulación externa y por tanto promover la regresión aumentando la atención en los fenómenos interno, para que de esta manera, más que sentirse abrumado por la estimulación externa e interna, tenga la capacidad para percibirla y utilizarla al servicio de la comprensión de la relación entre las sensaciones percibidas y su significado psicológico.

En el funcionamiento autónomo, se debe considerar puntos de partida y las reservas autónomas que mantendrá el adolescente, lo que ayudará a decidir el grado de esfuerzo y aptitudes que dispone para el tratamiento.

En la función sintético - integrativa, se debe ayudar al adolescente a integrar los estados afectivos y los contenidos del pensamiento; esto es factible, cuando esta función no se encuentra muy deteriorada, así como la capacidad regresiva, para que de esta manera sean capaces de integrar y sintetizar sus experiencias emocionales productivamente.

La relación de dominio - competencia, es importante para el tratamiento psicoterapéutico. Cuando los rasgos son pasivos favorecen asimismo limitan los logros, por lo que se debe reconstruir y regular su autoestima, con la finalidad que reconozca objetivamente sus esfuerzos, logros y expectativas, las cuales, pueden verse beneficiadas si se logra la independencia del adolescente respecto a los objetos infantiles interiorizados.

Más específicamente, Cobo (1992), sugiere la Terapia del Yo de la depresión, en donde más que una remotivación se trata de ayudar al adolescente a construir un Yo fuerte que les permita:

- 1) Evaluar el mundo de la gratificación y de la frustración.
- 2) La valoración real de sus padres (si están presentes) y de los adultos que le rodean.
- 3) Descubrir lo que pueden esperar de sí mismos y de los demás.
- 4) Contrastar actitudes de impotencia - omnipotencia, para llegar a dilucidar lo más aproximadamente posible lo que realmente puede ser y hacer.
- 5) Disfrutar de la capacidad de estar en soledad y en compañía, ayudándoles a discernir cuándo instintivamente necesitan una situación o la otra.

Para Marcelli (1992), el tratamiento de la depresión en la adolescencia, debe reconocer, respetar y, si es necesario, favorecer la recuperación del proceso madurativo propio de esta fase de la vida, tarea que incluye una parte del estado de ánimo depresivo. Por lo cual, es necesario, permitirle al Yo del adolescente recuperar su parte de actividad para transformar su mundo imaginativo interno, aceptando la realidad de los estados de ánimo y de las emociones que lo habitan. A partir de esta experiencia, podrá en adelante afrontar las ineludibles decepciones de la realidad, los casi inevitables momentos de tristeza, de decepción, conservando una confianza en su propio potencial y en las capacidades de su Yo

El abordaje terapéutico de los adolescentes con intento de suicidio, consiste en entablar un proceso a nivel individual, con una relación de apoyo y comprensión, más que de sus preocupaciones. Debe hacerse en un ambiente de respeto y entendimiento, sin moralizar ni vanalizar el acto suicida, buscando otras salidas que no sean la muerte. Por parte del terapeuta, debe evitarse la omnipotencia curativa y aceptar las propias limitaciones. Asimismo, la responsabilidad terapéutica debe ser compartida entre el adolescente y su familia. Esto es sumamente importante en la intervención para valorar el grado de comprensión y reconocimiento de la crisis suicida, con objeto de descubrir las dificultades de comunicación y relación existente, para modificar la dinámica familiar y con ello llegar a una disposición constructiva que conduzca a la búsqueda de las razones del comportamiento suicida de la hija/o. No obstante, si por parte de la familia hay resistencias a participar o a colaborar en el tratamiento, es difícil que la joven pueda reconstruir su autoestima e identidad. Las actitudes de rechazo, indiferencia, negación o marcada sobreprotección por parte de los padres, aumentan el riesgo de repetición del acto suicida; por ello, es importante valorar el grado de proyección de los deseos frustrados de los padres en la hija, o la incapacidad de los padres de no poder separar al adolescente de sus propios conflictos internos o de pareja, proyectándose en la joven los problemas o la incapacidad de aprender a responder de una forma distinta a la vulnerabilidad suicida. (Sarró y De la Cruz, 1991)

Todo lo anterior, estimula la búsqueda de nuevos enfoques preventivos y asistenciales que sean más asequibles para los adolescentes, y que permitan una mejor identificación, valoración y tratamiento de la depresión y de los actos autodestructivos.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En éste trabajo, se encontraron algunas limitaciones, cuyo conocimiento permite hacer ciertas sugerencias para posibles estudios.

- Determinar la confiabilidad y validez del Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak y Goldsmith (EFY.)
- Establecer la normalización del instrumento en población mexicana tanto adolescente como adulta, para evitar la subjetividad que marca el criterio clínico, que permita obtener un perfil confiable del funcionamiento yoico; dado que una de las limitaciones fue el no poder realizar este perfil y solamente trabajar con los puntajes naturales del instrumento, dando una interpretación cualitativa de acuerdo con el análisis de respuestas hacia los reactivos del instrumento.
- Realizar estudios comparativos que incluya grupo control, en ambos sexos; puesto que en el presente sólo se tuvo acceso a la unidad de mujeres y no se tuvo la posibilidad de un grupo control dentro de la Institución.
- Lograr un mayor control de variables extrañas que pudieran influir en las respuestas que dan ante el instrumento aplicado, como puede ser el tipo de tratamiento psicofarmacológico que pudiese interferir; así como, un mayor control en cuanto al intervalo de aplicación después de su ingreso. Y finalmente la utilización de instrumentos que midan el nivel de depresión que aporten más datos al respecto.

No obstante, esta investigación supone un acercamiento a la problemática del intento de suicidio y depresión de adolescentes con respecto a las funciones del Yo. Por lo que deja una puerta abierta no solo a diversas investigaciones destinadas a comprobar, enriquecer o perfeccionar su estudio en ésta población, sino también invita a buscar alternativas terapéuticas para su prevención.

REFERENCIAS

- Abadi, M; Garma, A; Garma, E; Gazzano, A; Rolla, H. y Yampay, N. (1973). La fascinación de la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio. Buenos Aires: Paidós.
- Aberastury, A. (1978). Adolescencia. Buenos Aires: Kargieman.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (1992). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico (3ª reimp.). México: Paidós.
- Adam, K. S; Lohrens, J. G; Harper, D. y Streiner, D. (1982). Early parental loss and suicidal ideation in university students. Canadian Journal of Psychiatry. 27, 275-281.
- Agudo, E. (1990). Estudios epidemiológico del suicidio: comparación de dos períodos (1931-1950 y 1961- 1980). Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología y psicosomática. 11, 305-309
- Aguirre, B. A. (Ed.) (1996). Psicología de la adolescencia. México: Alfaomega.
- Aisenson, K. A. (1969). El yo y el sí mismo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Alonso-Fernández, F. (1994). Vencer la depresión. Con la ayuda del médico, la familia y los amigos. Madrid: Temas de Hoy.
- Amado, G. (1985). Fundamentos de psicopatología. Buenos Aires: Gedisa.
- Apter, A. (1989). Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. American Journal Psychiatry. 146, 1027-1031.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1978). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. (4ª Ed.) México: Masson.
- Aujuriaguerra, J. (1983). Manual de psiquiatría infantil. México: Masson.
- Ayuso, J.L. y Sáiz, J. (1981). Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. España: Importécnica.
- Ballesteros, A. (1976). La adolescencia. Ensayo de una caracterización de esta edad. México: Patria.
- Basu-Jayanti. (1993). Applicability of the ego function assessment. Scale as a guided interview schedule on schizophrenics, neurotics and normals: A preliminary report. Special Issue: Psychoeducational assessment. Psychological Studies. 38, 119-124. (Del PsycLIT, American Psychological, Abstracts, 1995, 82, Resumen No. 07993).
- Bellak, L. y Goldsmith, L. (1984). Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. México: Manual Moderno.
- Bellak, L. y Goldsmith, L. (1994). Manual para la evaluación de las funciones del Yo (EPY). México: Manual Moderno.
- Bellak, L. y Small, L. (1990). Psicoterapia breve y de emergencia (6ª reimp.). México: Pax-México.
- Blatt, S. J. Berman, W. H. (1990). Differentiation of personality types among opiate addicts. Journal of personality assessment. 54, 87-104.
- Bleichmar, D. E. (1991). La depresión en la mujer. Madrid: Temas de Hoy.
- Bleichmar, N. M. y Leiberman, C. (1997). El psicoanálisis después de Freud. México: Paidós.
- Blos, P. (1970). Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blos, P. (1975). Psicoanálisis de la adolescencia (2ª ed.). México: Joaquín Mortiz.
- Brenner, C. (1973). Elementos fundamentales de psicoanálisis. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Burns, D. (1980). Sentirse bien. Una nueva fórmula contra las depresiones. México: Paidós.
- Burns, D. P. (1991). Focusing on ego strengths. Archives of psychiatric Nursing. 5, 202-208 (Del American Psychological, Abstracts, 1992, 79, No. 02565)
- Calderón, N. G. (1984). Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Cobo, C. (1992). La depresión infantil. Del nacimiento a la adolescencia. Madrid: Temas de Hoy.
- Craig, J. G. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice - Hall Hispanoamericana.
- DiCaprio, N. S. (1989). Teorías de la personalidad (2ª ed.) México: McGraw-Hill.
- Durkheim, E. (1971). El suicidio. Buenos Aires: Schapire.
- Engler, B. (1996). Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill.
- Erikson, E. (1959). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Horme.
- Erikson, E. (1967). Ética y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1968). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.

- Farberow, N. y Shneidman, S. (1969). ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención. México: La Prensa.
- Federn, P. (1984). La psicología del yo y la psicosis. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández, M. O. (1974). El abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, A. (1991). Estudios psicoanalíticos (2ª reimp.). México: Paidós.
- Freud, A. (1992). Psicoanálisis del niño y del adolescente (3ª reimp.). Barcelona: Paidós.
- Freud, A. (1996). El yo y los mecanismos de defensa (5ª reimp.). México: Paidós.
- Freud, S. (1975a). Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. (Vol. 12, pp. 217-231) (Trad. de Strachey) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo originalmente publicado en 1911).
- Freud, S. (1975b). Pulsiones y destinos de pulsión. (vol. 14, pp.105-134) (Trad. de Strachey). Buenos Aires: Amorrortu.(Trabajo originalmente publicado en 1915).
- Freud, S. (1975c). Duelo y melancolía. (Vol. 14, pp. 235-255) (Trad. de Strachey) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo originalmente publicado en 1917[1915]).
- Freud, S. (1975d). Más allá del principio del placer. (Vol. 18, pp. 2-62) (Trad. de Strachey) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo originalmente publicado en 1920)
- Freud, S. (1975e). El yo y el ello. (Vol. 19, pp. 1-66) (Trad. de Strachey). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo originalmente publicado en 1923)
- Freud, S. (1991). Esquema del psicoanálisis (6ª reimp.). México: Paidós.
- Giraldo, G. (1988). Perfil psicológico con el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) en sujetos con intento de suicidio. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Gómez, C. S. (1996). Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- González de Rievera, J. L. y De las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología y psicosomática. 13, 11-45.
- González, J. Gutiérrez, M. y Padilla, T. (1997). Aproximaciones conceptuales y metodológicas para el estudio de la adolescencia. UNAM.
- González, J; Romero, J. y De Tavira, F. (1986). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.
- Guntrip, H. (1971). Estructura de la personalidad e interacción humana. La síntesis progresiva de la teoría psicodinámica. Buenos Aires: Paidós.
- Hartkamp, N; Davies-Osterkamp, S; Standke, G. y Heigl, E. A. (1993). Morbus Crohn Sucht Neurose: Ich Funktionene im Vergleich. Crohn's disease, addiction, neurosis: A comparison of ego functions. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 43, 75-81. (Del American Psychological Assn, 1993, 30, Abstrac, No. 88052.)
- Hamachek, D. E. (1981). Encuentros con el yo. México: interamericana.
- Hartmann, H. (1969). Ensayos sobre la psicología del Yo. México: Fondo de cultura económica.
- Hartmann, H. (1987). La psicología del yo y el problema de la adaptación. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, S; Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (1998). Metodología de la investigación (2ª. ed.) México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (1999). Estadística de intentos de suicidios y suicidios. INEGI. Cuaderno No. 4. México: Autor.
- Jacobs, J. (1971). Adolescent suicide. (El adolescente suicida). USA: Wileyans sons.
- Jiménez, G. A. y Díaz Ceballos, M. L. (1995). Suicidio e intento suicida: aspectos epidemiológicos. Psiquis (México). 4, 85-88.
- Kerliger, N. F. (1988). Investigación del comportamiento (3a. ed.). México: McGraw-Hill.
- Kienhorst, C. W. M; Wilde, E. J; Dieskra, R. F. W. y Wolters, W. H. G. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. Acta Psychiatr Scand. 85, 22-228.
- Klein, M; Heiman, P; Isaacs, S. y Rivière, J. (1971). Desarrollo en psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Kolb, C. L. (1992). Psiquiatría clínica moderna. México: La prensa médica mexicana.
- Kris, E. (1955). Psicoanálisis y arte. Buenos Aires: Paidós.

- Kris, E. (1964). Psicoanálisis de lo cómico y psicología de los procesos creadores. Buenos Aires: Paidós.
- Lebovici, S. Diatkine, R. y Soulé, M. (1989). Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente (Vol. 3). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ledesma, J. A. y Melero, M. L. (1989). Estudios sobre las depresiones. España: Calatrava.
- Lehalle, H. (1990). Psicología de los adolescentes. México: Grijalbo.
- Lowe, R. G. (1974). El desarrollo de la personalidad: De la infancia a la senectud. Madrid: Alianza.
- Marcelli, D. (1992). Depresión y adolescencia. España: Masson.
- Martínez, C. I. (1996). Estudio de los rasgos de personalidad a través del MMPI en mujeres adolescentes con intento de suicidio y mujeres adolescentes sin intento de suicidio. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- McKinney, J. P.; Fitzgerald, E. H. y Strommen, A. E. (1977). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno.
- Masterson, J. F. (1972). El dilema psiquiátrico del adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- Mendels, J. (1977). La depresión. Barcelona: Herder.
- Menninger, K. (1965). El hombre contra sí mismo. Barcelona: Península.
- Moron, P. (1987). ¿Qué sé? El suicidio. Francia: Cruz.
- Muss, R. (1989). Teorías de la adolescencia (6ª reimp.). México: Paidós.
- Navarro, R. (1995). Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Ostow, M. (1973). La depresión: Psicología de la melancolía. Madrid: Alianza.
- Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1990). Psicología. México: McGraw-Hill.
- Pepin, L. (1975). La psicología de los adolescentes. Barcelona: Oikos-Tau.
- Polaino, L. A. (1985). La depresión. España: Martínez Roca.
- Polaino, L. A. (1988). Las depresiones infantiles. España: Morata.
- Ramírez, F. G. (1988). Características del autoconcepto en adolescentes con intento suicida en una población psiquiátrica. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Rapaport, D. (1967). La estructura de la teoría psicoanalítica. Un intento de sistematización. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, O. y Carrasco de la Peña. (1989). Modos de autoagresión en la tentativa de suicidio. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología y psicósomática. 10, 52-56.
- Rodríguez, P. F.; De las Cuevas, C. G.; Benítez, H. M.; Morilla, C. J.; Frugoni, P. A.; Alamo, V. y González de Rivera, J. L. (1989). Variables sociodemográficas y psiquiátricas de las tentativas de suicidio atendidas en un Hospital General. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología y psicósomática. 10, 30-37.
- Rodríguez, P. F.; González de Rivera, J.L. y Revuelta, R. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología y psicósomática. 11, 11-21.
- Rodríguez- Sala de Gómez, G. M. (1963). El suicidio en México, Distrito Federal. México: Biblioteca de Ensayos Sociológicos UNAM.
- Rodríguez- Sala de Gómez, G. M. (1974). Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, S. C. (Ed.). (1995). Psicopatología del niño y del adolescent (Vol. 1). España: Universidad de Sevilla.
- Sainbury, M. J. (1978). Introducción a la psiquiatría. Madrid: Morata.
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. España: Martínez Roca.
- Schmidt, P. (1989). Ego function ratings after Bellak et al in psychiatry testimony. Psychiarie Neurologie und Medizinische Psychologie. 41, 88-91.
- Smith, T. E.; Burke, N. A.; Nawn, J. y Reif, M. C. (1991). A comparison of demographic, behavioral, and ego function data in borderline and eating disorder patients. Psychiatric Quarterly. 62, 19-33. (Del PsycLIT, American Journal Assn, 1992, 79, Abstrac, No. 12773.)
- Sohlberg, S. (1989). Objective psychoanalytic personality assessment and subjective outcome in eating disorders. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa. 4, 7-15. (Del psycLIT, American Psychological Assn, 1990, 77, Abstrac No. 17707.)

- Stengel, E. (1965). Psicología del suicidio y los intentos de suicidio. Buenos Aires: Paidós.
- Stone, J. L. y Church, J. (1970). El adolescente de 13 a 20 años. Buenos Aires: Paidós.
- Sullivan, E. D. y Everstine, L. (1992). Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas y estratégicas. México: Pax-México.
- Tallaferro, A. (1995). Curso básico de psicoanálisis (11ª. reimp.). México: Paidós.
- Tercero, Q. G. (1999). Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. Revista Mexicana de Pediatría, 66, 197-202.
- Villardón, G. L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Villasana, C. A; Medrano, J; Díez, T. L; Grijalvo, J. y Recondo, G. M. (1990). Servicios de urgencia de un Hospital General: Tentativas de suicidio en Vizcaya. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología y psicosomática, 11, 209-304.
- Waelder, R. (1964). Teoría básica del psicoanálisis. México: Pax-México.
- Weiner, I. B. y Elkind, D. (1976). El desarrollo normal y anormal del adolescente. Buenos Aires. Paidós.
- Wicks, N. R. y Allen, C. I. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. México: Prentice Hall.
- White, W. R. (1973). El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica. Una propuesta acerca de las energías independientes del yo. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO DE BELLAK Y GOLDSMITH

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 FECHA DE APLICACIÓN: _____ SEXO: _____

RELACIONES OBJETALES	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Sientes que nadie es en realidad tu amigo?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Sientes que las demás personas no te son realmente necesarias?	_____	_____	_____	_____
3. Si estableces una relación íntima con alguien, ¿se rompe rápidamente?	_____	_____	_____	_____
4. En general, ¿deseas que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de ti?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Te atrae la misma clase de personas con las que has tenido problemas antes?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Eres capaz de ponerte en el lugar de los demás y sentir lo que ellos sienten?	_____	_____	_____	_____
7. Cuando alguien importante para ti está ausente, ¿sientes que se ha ido para siempre?	(0)	(1)	(2)	_____
8. ¿Eres sobredependiente de alguna relación o te aferras a ella?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Te sientes rechazada si alguien importante para ti no te está proporcionando toda su atención?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Obtienes satisfacción personal ayudando a los demás?	(0)	(1)	(2)	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
 (encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

PRUEBA DE REALIDAD	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Tienes problemas para decidir si algo sucedió realmente, fue un sueño o sólo tu imaginación?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Ves cosas que otras personas no pueden ver?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Escuchas cosas que otras personas no pueden oír?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Las personas te han dicho que estás confundida acerca de dónde estás?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Las personas te han dicho que estás confundida acerca de quién eres?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Estás confundida acerca de quién eres?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Estás confundida acerca de dónde estás?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Las personas malinterpretan lo que estás tratando de decirles?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Las personas te dicen que lo que platicas no tiene sentido?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Las personas te dicen que estás imaginando tus malestares?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
 (encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

JUICIO

	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Haces cosas peligrosas?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Haces cosas que otras personas consideran peligrosas?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Te decepcionas de las amistades que haces?	_____	_____	_____	_____
4. ¿No funcionan las cosas del modo que esperabas?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Te encuentras en situaciones peligrosas?	_____	_____	_____	_____
6. ¿La gente malinterpreta las cosas que haces?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Sientes que puedes hacer cosas que otras personas no pueden?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Encuentras que corres demasiados riesgos?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Te sorprende de encontrar que has impresionado a las personas de manera equivocada?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Sientes que confías demasiado en las personas?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
 (encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

SENTIDO DE REALIDAD DEL MUNDO Y DEL SI MISMO

	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Sientes que hay partes de tu cuerpo que no te pertenecen?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Los ambientes familiares te parecen extraños?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Piensas en ti misma como en dos o más personas?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Tienes la sensación de que el mundo será destruido o que explotará?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Tienes la sensación sorpresiva de que algo que sucede te ha sucedido antes?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Hay partes de cuerpo que sientes extrañas o irreales?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Sientes tu cabeza u otra parte de tu cuerpo más grande o más pequeña que lo usual?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Sientes como si tu cuerpo estuviera vacío?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Sientes que la vida es como un sueño o una película?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Sientes que no eres la misma persona hoy que la que eras ayer o antier?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
 (encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

**REGULACIÓN Y CONTROL DE INSTINTOS
AFECTOS E IMPULSOS**

	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Tienes un fuerte impulso de estar físicamente activa?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Tienes que estar ocupada todo el tiempo?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Tienes a ser emotiva y excitable acerca de las cosas?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Tienes cambios rápidos en tu estado de ánimo?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Eres una persona impaciente?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Te has sentido tan enojada que has deseado poder matar a alguien?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Sientes una necesidad irresistible de suicidarte?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Tienes el impulso de hacer ciertos actos sexuales que consideras malos?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Te sientes incapaz de controlar cualquiera de tus necesidades o impulsos?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Tienes arranques de ira que pareces no poder controlar?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
(encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

PROCESOS DEL PENSAMIENTO

	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Hay acontecimientos o ideas que interfieren tu capacidad para concentrarte?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Te es imposible recordar incluso cosas simples?	_____	_____	_____	_____
3. Cuando está perturbada emocionalmente, ¿te es difícil recordar las cosas?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Se te dificulta poner atención a las cosas?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Usas palabras que otras personas no pueden entender?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Cambias de un tema a otro en tus conversaciones?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Tus pensamientos parecen correr por sí mismos sin tu control?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Sientes que tus pensamientos están puestos en tu cabeza desde afuera?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Tienes pensamientos que crees que otras personas no entenderían?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Cuándo estás hablando tienes problemas para terminar lo que estabas tratando de decir?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
(encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

**(RASY) REGRESIÓN ADAPTATIVA ALSERVICIO
DEL YO -CREATIVIDAD-**

	Rara vez (0)	A veces (1)	A menudo (2)	NR
1. ¿Eres capaz de liberarte y tener pensamientos extraños sin sentirte trastornada o amenazada?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Tienes fantasías que pueden ser usadas como base para producciones o actividades artísticas?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Te relajas y pasas un buen momento sin preocuparte por no estar haciendo nada importante?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Disfrutas cuando sueñas despierta?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Actúas espontáneamente?	_____	_____	_____	_____
6. Cuando está trabajando en un pasatiempo (cocina, carpintería, modelado); ¿disfrutas desviándote de las instrucciones?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Disfrutas haciendo cosas creativas (por ejemplo, pintar, modelar barro, escribir)?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Piensas en situaciones divertidas o graciosas?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Disfrutas participando en juegos?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Te es fácil reír cuando alguien cuenta un chiste?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
(enciérrale en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

FUNCIÓN DEFENSIVA

	Rara vez (2)	A veces (1)	A menudo (0)	NR
1. ¿Las cosas te trastoran fácilmente?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Te sientes intranquila o nerviosa y no sabes por qué?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Eres una persona ansiosa?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Te sientes como si te estuvieras desbaratando?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Se te dificulta comprender los chistes que escuchas?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Tienes pesadillas?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Te preocupas por lo que otras personas dicen acerca de ti?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Cruzan por tu mente ideas extrañas o amenazadoras?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Sientes que no puedes manejar los problemas que surgen en tu vida diaria?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Crees que si no piensas en tus problemas desaparecerán por sí solos?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
(enciérrale en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

FUNCIÓN SINTÉTICO- INTEGRATIVA

	Rara vez (0)	A veces (1)	A menudo (2)	NR
1. ¿Te adaptas con facilidad a los cambios en tu rutina?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Puedes hacer las cosas que se supone debes hacer aun cuando no te agraden?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Con frecuencias cambias tus sentimientos respecto a las personas o a las ideas?	(2)	(1)	(0)	_____
4. ¿Eres predecible en las cosas que haces o dices?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Eres organizada en tu vida diaria?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Te gusta hacer planes para el futuro?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Eres capaz de manejar más de una tarea al mismo tiempo?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Puedes organizar tu vida de manera que no se pierdan tus propósitos?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Aprendes de tus errores pasados?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Eres capaz de llevar a cabo tus planes?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global del entrevistador: 1 2 3 4 5 6 7
 (encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

DOMINIO - COMPETENCIA

	Rara vez (0)	A veces (1)	A menudo (2)	NR
1. ¿Funcionas tan bien como crees ser capaz de funcionar?	_____	_____	_____	_____
2. ¿Te agrada estar a cargo de las cosas?	_____	_____	_____	_____
3. ¿Vives de acuerdo con tus propias expectativas de ti misma?	_____	_____	_____	_____
4. ¿Sientes que puedes hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas?	_____	_____	_____	_____
5. ¿Sientes que puedes cambiar las cosas que te suceden y que no te agradan?	_____	_____	_____	_____
6. ¿Tomas decisiones sin mucha dificultad?	_____	_____	_____	_____
7. ¿Cuándo tienes mala suerte sientes que puedes hacer algo para ayudarte a ti misma?	_____	_____	_____	_____
8. ¿Las personas te elogian por hacer un buen trabajo?	_____	_____	_____	_____
9. ¿Estableces o has establecido objetivos para tu vida?	_____	_____	_____	_____
10. ¿Crees que uno es dueño de su propio destino?	_____	_____	_____	_____

Calificación total: _____

Calificación global: 1 2 3 4 5 6 7
 (encierra en un círculo el número que corresponda) deficiente excelente

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO (EFY)

REPRESENTACIÓN GRAFICA

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
	Prueba de realidad	Juicio	Sentido de realidad	Regulación y control de impulsos	Relaciones objetales	Procesos del pensamiento	RASY (Regresión Adaptativa al Servicio del Yo)	Función defensiva	Barrera a los estímulos	Función autónoma	Función sintética	Domínio - Competencia
13												
12												
11												
10												
9												
8												
7												
6												
5												
4												
3												
2												
1												

Funciones del Yo

Rango psicótico 1-6

Rango límite 4-8

Rango neurótico 6-10

Rango normal 8-13

Reimpreso con autorización John Wiley & Sons. De Bellak, Hurvich & Gediman Ego Function Assessment in Schizophrenics, Neurotics and Normals, 1973. (Bellak & Goldsmith, 1994)