



*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO*

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“SUICIDIO. INTENTO E IDEACIÓN: ANÁLISIS COMPARATIVO DE
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS PREDOMINANTES EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES VARONES HOSPITALIZADOS”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA.

PRESENTAN:

*MARÍA YAZMÍN NAVARRO MARTÍNEZ.
CLAUDIA KARINA RUÍZ TAMAYO.*

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. SILVIA GARCÍA ESTRADA.

REVISOR DE TESIS:
LIC. RAÚL TENORIO RAMÍREZ.

CD. UNIVERSITARIA, MARZO 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos a nuestra alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por la enseñanza y herramientas brindadas, necesarias en nuestra formación personal y profesional.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, por abrirnos sus puertas dándonos la oportunidad de complementar nuestra formación con experiencias vivenciales en el ámbito clínico.

Gracias a todos los pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil que fueron parte de esta investigación por creer en nosotras proporcionándonos su confianza y por ser el principal motor para la realización de esta tesis.

A Silvia García, nuestro especial y eterno reconocimiento por ofrecernos su apoyo y ayuda desinteresados, siguiendo este proyecto paso a paso con paciencia y dedicación, siendo maestra, amiga y gran ejemplo a seguir.

Con profundo agradecimiento a Raúl Tenorio, quién nos apporto valiosos conocimientos enseñándonos a defender este proyecto brindándonos su tiempo, ayuda y paciencia.

A Cristina Heredia, Angelina Guerrero y Claudette Lions por sus sugerencias y aportaciones que enriquecieron esta investigación.

A Cynthia Esperón, Luis Castilla y Astrid De Yta, por las contribuciones que nos resultaron de gran ayuda durante el proceso de elaboración de esta tesis.

A Sonia Suárez, gracias por habernos compartido conocimientos y apoyo para la elaboración de este proyecto.

A nuestras amigas Vane, Lau, Ady y Yul, por haber compartido con nosotras alegrías, tristezas, clases, enseñanzas y los grandes retos que implicó la carrera. Muchas gracias por ser nuestras amigas y ayudarnos siempre ante la adversidad. Las queremos mucho.

YAZMÍN Y KARINA.

Agradezco de todo corazón a mis padres Rosa y Héctor que me han brindado una vida maravillosa llena de amor y porque siempre tendré algo nuevo que aprender de ellos. Gracias por darme las herramientas necesarias e impulsarme en todo momento para salir adelante, enseñarme el valor del esfuerzo y dedicación, ser mi mayor orgullo y mi fuente de inspiración. Los admiro y los quiero mucho.

A mis hermanas, a quienes adoro por ser únicas, Rosy y Azu que siempre han estado conmigo y de las cuales he recibido un gran cariño y apoyo incondicional, convirtiéndose en un ejemplo muy valioso a seguir por su sensibilidad, sencillez, fortaleza y perseverancia.

A toda mi familia por estar al pendiente de mí y darme palabras de aliento, impulsándome a cumplir mis metas.

A Kary quien en toda la expresión de la palabra es una gran amiga, alguien que nunca dejará de ser especial e importante para mi porque compartimos infinidad de momentos trascendentales de nuestras vidas.

A mis amigos de quienes he recibido siempre mucho apoyo, fuerza, compañía, alegría, serenidad y todo lo que puedo pedir. Agradezco que siempre estuvieran a mi lado.

Y por supuesto, no podían faltar aquellas personas a las cuales quise y quienes influyeron en gran medida para interesarme en el tema de esta investigación.

Simplemente gracias a todos por estar ahí.

YAZMÍN.

A mis papás, Daniel y Silvia, Gracias por todo el amor y apoyo que siempre me han brindado, sin los cuales no hubiera logrado cumplir uno de mis principales sueños y metas, por enseñarme a luchar por mis convicciones y ser la principal motivación para siempre seguir adelante. Los quiero y admiro mucho.

A mis hermanos Daniel, Diego y Dante, Gracias por su paciencia y comprensión; por todo el apoyo y cariño que recibo de ustedes. Los quiero mucho.

Con especial cariño para Papá Meño, Mamá Chepa y Mamá Elia, No tengo cómo agradecerles todo el cariño, apoyo y las grandes enseñanzas que me han brindado durante toda mi vida y en especial en ésta etapa tan importante. Gracias por siempre fomentar en mí el deseo de superarme.

A las familias García Ruíz, Corona Ruíz, Mercado Ruíz, Retiz Ruíz, Ramírez Tamayo, Tamayo Sequera, Barranco Tamayo y a mi tío Israel Tamayo. Muchas gracias a todos ustedes, por las continuas manifestaciones de interés, cariño y apoyo en todos los aspectos. Gracias por hacer de ésta una gran y hermosa familia con la que estoy segura, siempre podré contar.

A mi tía Ana, con profundo agradecimiento a quien me inició en el fascinante mundo de la psicología, Gracias por los conocimientos y experiencias compartidas, tus grandes aportaciones, ayuda y apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A todos mis amigos y amigas, por ser parte importante de mi vida, por enseñarme el valor de la amistad y siempre brindarme su confianza, cariño y apoyo.

A Yaz, Gracias por tu paciencia, entrega y dedicación en este proyecto, por ser una amiga con gran calidad humana, por todo el cariño que siempre he recibido de tu parte, y sobre todo gracias por estar a mi lado cuando más lo he necesitado.

A ti Amor, por todos los momentos compartidos llenos de felicidad y aprendizaje, gracias por el gran apoyo y ayuda incondicional en todos los proyectos de mi vida y por alentarme a ser cada día mejor. Te amo.

KARINA.

ÍNDICE.

Resumen.....	Pág. 2
Introducción.....	Pág. 4
1.-Infancia.....	Pág. 7
2.-Adolescencia.....	Pág. 34
3.-Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia.....	Pág. 53
4.-Familia.....	Pág. 65
5.-Suicidio en niños y adolescentes.....	Pág. 80
6.-Método.....	Pág. 105
6.1. Planteamiento y Justificación del Problema.	
6.2. Hipótesis.	
6.3. Variables.	
6.4. Definición conceptual de variables.	
6.5. Definición operacional de variables	
6.6. Sujetos	
6.7. Muestreo	
6.8. Tipo de estudio	
6.9. Diseño	
6.10. Instrumento(s) y/o material (es).	
6.11. Procedimiento	
6.12. Análisis estadístico de datos	
Resultados.....	Pág. 124
Discusión.....	Pág. 178
Conclusiones.....	Pág. 189
Sugerencias y Limitaciones.....	Pág. 195
Propuestas.....	Pág. 196
Referencias.....	Pág. 198
Anexo.....	Pág. 206

RESUMEN.

El suicidio en edades tempranas de la vida siempre ha sido controvertido, posturas que van desde la negación total de esta grave situación, hasta interpretaciones inadecuadas que muchas veces pueden llegar a obstaculizar medidas de prevención.

La conducta suicida puede entenderse como un continuo que va desde la ideación hasta el suicidio consumado. Un elemento fundamental que define la conducta suicida es la intención de causarse daño a sí mismo. Aunque no siempre la intención final del suicidio en la infancia y adolescencia es causarse la muerte, muchas veces tiene como finalidad generar en el entorno una llamada de atención, sentimientos de culpa, o ver en el suicidio la única posibilidad de salida de una situación que no pueden resolver.

En todos los casos la identificación de los factores de riesgo, juega un papel muy importante en la prevención del suicidio y permite a la vez, la implementación de medidas adecuadas para modificarlos.

Por lo que, en la presente investigación se buscó identificar y describir las características psicológicas predominantes en los chicos que han presentado intento y/o ideación suicida; así como, determinar si existen diferencias significativas entre las características psicológicas predominantes de los sujetos que han intentado el suicidio y de los que presentan ideación suicida.

Se trabajó con 24 pacientes hospitalizados en la Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de entre 7 a 17 años 11 meses de edad, durante el periodo de enero del 2003 a junio del 2004, que presentaron ideación y/o intento suicida, aunque éstos no fueran precisamente los motivos iniciales de hospitalización, de los cuáles se hizo la Revisión de su Expediente Clínico y se les aplicó un Estudio Psicológico Completo el cual incluye:

- Entrevista Clínica con el Paciente.
- Entrevista Clínica con Familiares.
- Observación del Paciente.
- Aplicación, Calificación e Interpretación de las siguientes pruebas psicológicas:
 - * Escala de Inteligencia Wechsler para Niños o para Adultos (WISC) o (WAIS).
 - * Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
 - * Test de la Figura Humana de K. Machover.
 - * Test Gráfico Proyectivo de Persona Bajo la Lluvia de Hammer.
 - * Test Gráfico de la Familia de Cormman.
 - * Test Proyectivo H.T.P. de Buck.
 - * Test de Frases Incompletas de Sacks.

Se revisaron los expedientes clínicos y los Estudios Psicológicos Completos, con la finalidad de obtener a través de estos datos las características psicológicas a estudiar. Posteriormente, se realizó el análisis estadístico correspondiente.

Como resultado del análisis estadístico, se obtuvo que en general no existen diferencias significativas entre las características psicológicas de los pacientes con ideación suicida y los de intento.

Las características predominantes en niños y adolescentes con ideación e intento suicida fueron: Coeficiente Intelectual Normal, Tipo de Pensamiento que oscila entre Concreto y Funcional, Capacidad de Juicio Inadecuada, Tono afectivo de Tristeza y Enojo, Demanda y Expresión de Afecto Exigente, Baja Tolerancia a la Frustración, Autoconcepto Devaluado, Presencia de Antecedentes Heredofamiliares, Disfunción Familiar, Provenientes de Familias Reconstruidas, Relaciones Interpersonales Inadecuadas y Ocurrencia de Más de una vez.

Las características que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ideación y el de intento suicida fueron: En el grupo de Ideación. Control de Impulsos Insuficiente e Impulsividad, Manejo de la Agresión Heterodirigida y Grado de Letalidad Bajo. Mientras que en el grupo de intento presentó Impulsividad, Manejo de la Agresión Autodirigida y Grado de Letalidad Medio y Alto.

Ante la conducta suicida siempre debe efectuarse una correcta exploración, tanto psicológica, psiquiátrica y clínica. El antecedente de un intento de suicidio previo, debe ser interpretado como uno de los factores de mayor riesgo.

El tratamiento debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, enfocado al niño o adolescente, a la familia, al entorno y a la modificación de los factores desencadenantes, de forma integral.

Ante una situación tan grave como es el suicidio, la prevención a través de mayor conocimiento sobre las posibles causas y características que impulsan a un pequeño a cometerlo, sigue siendo el mejor tratamiento.

INTRODUCCIÓN.

El hablar de suicidio en niños ha sido un tema muy controversial, especialmente en cuanto a si corresponde atribuir a las actitudes autodestructivas de los niños pequeños una intención verdaderamente suicida, puesto que éstos aún no tienen una noción cabal de lo que significa la muerte (Solloa, 2001).

Se piensa poco que un niño pueda llegar siquiera a intentar suicidarse y menos aún el hecho de que lo haya realizado. Esto tal vez se dé porque nos da miedo siquiera el pensar que un niño sea capaz de cometer un acto de esta naturaleza, ya sea por su corta edad o porque es poco común que esto suceda, además de que la literatura que hay al respecto también es muy escasa (Rodríguez, 2001).

Las amenazas y los intentos suicidas en los adolescentes son muy frecuentes, y no es raro que se llegue a consumir; de hecho, el suicidarse se encuentra entre las principales causas de muerte entre los 15 y los 19 años de todos los intentos de suicidio, el 12% corresponde a adolescentes (Seiden, 1969).

En diversos países, se observa un crecimiento paulatino pero constante en la tendencia epidemiológica del suicidio, por lo que se le considera como un problema relevante de salud pública (Gunnell, 2000) y México no es la excepción (Hijar M, Rascón R, Blanco J, López I, 1996); más aún, al considerar que el suicidio no es una causa natural y conlleva a una muerte prematura.

La Organización Mundial de la Salud, reporta alrededor de 500, 000 muertes cada año, estimando que cada día, de 1, 000 a 2, 000 personas se quitan la vida y admite que estas cifras solo representan una parte de los casos. Se ha calculado que por cada suicidio consumado hay de 6 a 8 intentos. En México, las cifras disponibles señalan que 3 de cada 100, 000 personas se quitan la vida cada año.

Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman (1995) enfatizan que el suicidio en la población joven se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en los países que mantienen su registro estadístico, aún reconociendo el subregistro que está implícito, dadas las dificultades legales y morales que conlleva el acto suicida

En la infancia (antes de los 10 años) el suicidio es menos frecuente que en la adolescencia, sin embargo es posible encontrar en los niños todo el espectro que va desde la amenaza suicida, pasando por la ideación y el intento hasta el acto suicida. El suicidio en niños encabeza la sexta causa de muerte entre los 5 a 14 años, en Estados Unidos. Actualmente continúa como una de las causas principales de muerte de este grupo de edad, lo que es más, se estima que la tasa de intentos de suicidio es 10 veces más alta que la del suicidio consumado (Villar, 2002).

Se conoce poco sobre la historia natural del comportamiento suicida, pero el inicio temprano tanto de la ideación suicida como de los intentos de suicidio en la etapa pre-pubertad predice comportamiento suicida en los adolescentes (Pfeffer, Klerman, Hurt, Kakumat, Peskin, Siefker, 1993).

Es en la década de los 30 donde se empezaron a realizar más investigaciones acerca del suicidio infantil; siendo Shilder, Bender, Meninger, Spece y Brent algunos de los primeros investigadores en abordar el tema, sirviendo de base para posteriores investigaciones (Rodríguez, 2001).

En México no abundan los estudios acerca del suicidio en los adolescentes; es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales. Por esa razón, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de indicadores de riesgo suicida son muy importantes. Así, por ejemplo en México, Medina-Mora y colaboradores identificaron en una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal que en la semana previa a la encuesta 47% de los estudiantes habían notificado al menos un síntoma de ideación suicida; 17% pensó en quitarse la vida, y 10% presentó todos los indicadores de ideación suicida (Borges, 1994).

En 1996, se realizó un estudio sobre la evolución del suicidio como causa de muerte para la población mexicana en el periodo de 1970 – 1994. Los resultados de dicho estudio muestran que en 1979 ocurrieron 554 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana, de ambos sexos, y en 1993 la tasa se elevó a 2603 (Rodríguez, 2001).

En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100, 000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres (Mondragón, 2002).

En México no es del todo conocida la verdadera frecuencia de intentos suicidas en la infancia, ya que muchas de las veces un intento suicida es disfrazado o etiquetado como un accidente, esto con el objeto de evitar críticas y rechazo social (Rodríguez, 2001).

Desde hace algún tiempo se ha considerado como factores de riesgo suicida: la ideación suicida, los intentos anteriores, la falta de capacidad de afrontamiento, o rigidez cognoscitiva; la desesperanza, la patología psiquiátrica; trastornos afectivos y de ansiedad. Los estudios que apoyan esta teoría han encontrado 70% de depresión severa y 90% de ansiedad severa en los individuos que se suicidaban; las reacciones transitorias de ajuste y las características de personalidad obsesiva también se consideran como factores de riesgo suicida. (Brown, 1999).

Muchos investigadores consideran que haber intentado suicidarse es el mejor predictor del suicidio. Más del 40% de los que han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones y entre 10% y 40% se suicidan, lo que apoya la secuencia: ideación suicida – amenaza de suicidarse – intentos suicidas – suicidio consumado (González, 2001).

El suicidio en la infancia y adolescencia es el producto final de muchos factores que convergen en un momento dado, entre los cuáles sobresale un cierto grado de madurez cognitiva que permite reconocer el significado real de la muerte, así como planear y llevar a cabo el suicidio (Solloa, 2001).

Se ha comprobado con cierta frecuencia que los padres ignoran por completo los pensamientos, los planes, e incluso las conductas suicidas de sus hijos. En los niños la posibilidad del suicidio está más asociada a la sintomatología de los trastornos de conducta que a los depresivos, y esto hace muy difícil la distinción entre los niños suicidas y los “actinosos” (Solloa, 2001).

Brindar conocimientos sobre la posibilidad de suicidio en los niños y adolescentes, tanto a nivel familiar, escolar, como de otros profesionales de la salud es de inigualable valor. Hasta hoy, la prevención sigue siendo el mejor tratamiento (Villar, 2002).

Las características psicológicas investigadas en el presente estudio, nos deben mantener alertas para prevenir y actuar de forma inmediata. Es de suma importancia el saber conocer a un individuo que tiene pensado suicidarse, ya que podemos detenerlo a tiempo y evitar que esto suceda. Nosotros podemos estar o estamos cerca de un suicida y no nos damos cuenta, tal vez porque no aparenta serlo o porque no sabemos qué características son las que distinguen a un individuo que está pensando en matarse.

CAPÍTULO 1. INFANCIA.

En primera instancia nos parece importante, hacer una breve semblanza de los hechos históricos en torno a la infancia y al estudio del desarrollo en las primeras etapas de la vida, ya que resulta interesante observar que los avances en esta área en particular, son extraordinarios; sin embargo, y desgraciadamente aún podemos presenciar actos indignantes en cuanto al trato hacia los niños.

En diversas épocas, a lo largo de la historia de la civilización occidental, fue práctica común matar, abandonar, aterrorizar y maltratar a los niños, aún a los más pequeños.

Lloyd de Mause y colaboradores escribieron una de las primeras historias completas sobre la niñez. Investigaciones minuciosas de documentos históricos han revelado lo que Mause considera tendencias importantes o etapas en la historia de la niñez. La primera de las etapas la llama infanticida. En efecto, se caracterizó por el infanticidio o asesinato de los niños, práctica que al parecer fue socialmente aceptada, y que abarca desde tiempos prehistóricos, hasta alrededor del siglo IV de nuestra era. Los escritos de los antiguos griegos y romanos, contienen cientos de referencias al infanticidio. En las familias ricas, se permitía que el primogénito viviera si era sano, pero a los siguientes, sobre todo si eran niñas, y peor aún si eran ilegítimos, se les arrojaba a los ríos, se les metía en jarras para que murieran de hambre, etc. La ley romana ni siquiera consideraba que matar a un niño fuera asesinato, hasta el año 374 de nuestra era (Cit. en Mc. Candless, 1981).

Cuando al fin se aceptó que los niños vivieran, no siempre permanecían al lado de sus padres. Dice Mause, que el abandono caracterizó a la segunda etapa de la historia de la niñez (de los siglos IV a XII). La forma más común de abandono del niño durante la Edad Media se hizo mediante la contratación de nodrizas. Poco a poco los padres empezaron a prestar mayor atención a sus hijos. En el siglo XVII el filósofo inglés John Locke describió la mente del niño como una tabula rasa, o "pizarra en blanco"; la labor de padres y educadores consistía en llenar esa pizarra, intentaban moldear a los niños de determinada forma, pero los métodos disciplinarios que utilizaban eran muy rigurosos y se puede concluir que los niños eran maltratados. Se les empezaba a golpear desde muy pequeños con instrumentos como palas, varas de hierro, bastones, etc. Y esto se consideraba como parte normal de la vida infantil (Mc. Candless, 1981).

En el siglo XVII comenzó a manifestarse un cambio real en el trato a los niños. En Inglaterra se crearon sociedades para impedir que se les tratara con crueldad. El pensamiento de Locke fue sustituido por el de Jean Jaques Rosseau, el influyente filósofo francés que describía al niño como un "salvaje noble", todavía no corrompido por las presiones de padres, maestros y la sociedad.

Éste sugería que debía permitirse a los niños crecer y desarrollarse en una atmósfera de libertad (Mc. Candless, 1981).

En el siglo XVII, o Edad de la Razón, nació la pediatría. En Suiza, el reformador de la educación Johann Heinrich Pestalozzi, publicó sus observaciones sobre el crecimiento y desarrollo de su hijo pequeño, lo que despertó mayor interés en el tema (Mc. Candless, 1981).

En el siglo XIX siguió aumentando el interés científico por los niños, e incluso floreció debido a Charles Robert Darwin, quien publicó un diario pormenorizado del desarrollo de su hijo. Pero su obra primordial, la explicación de la evolución en “El origen de las especies”, realmente tuvo un efecto considerable en el estudio de la niñez (Mc. Candless, 1981).

Hacia fines del siglo XIX, el estudio de los niños empezó a recibir atención en E.U., con los trabajos de G. Stantey Hall, primer psicólogo que investigó seriamente el desarrollo de los niños. Desde la época de Hall se han escrito muchos libros acerca de la historia de los niños, y ésta aún experimenta cambios (Mc. Candless, 1981).

Mause llama a la segunda mitad del siglo XX, etapa de ayuda o asistencia a la niñez. Los padres de familia, maestros y el mismo gobierno, tratan activamente de ayudar a los infantes a satisfacer sus necesidades mientras crecen y se desarrollan en su paso a la edad adulta (Mc. Candless, 1981).

Después de haber revisado algunos de los principales datos históricos entorno a la infancia y la influencia de investigadores hacia ésta etapa del desarrollo que resulta de gran importancia para la vida futura del ser humano, pasaremos a las diferentes posturas con respecto al desarrollo humano; en particular a la infancia.

El desarrollo es el proceso que experimenta un organismo que cambia en el tiempo hasta alcanzar un estado de equilibrio. En el caso del ser humano éste nace con una serie de conductas y de disposiciones que se van a ir especificando a lo largo del tiempo (Delval, 1996).

Algunos aspectos de la conducta están muy determinados genéticamente, como el desarrollo de las capacidades motoras, mientras que otros se deben primordialmente a factores ambientales, a influencias externas (Delval, 1996).

El conjunto de factores constitucionales y ambientales forman la base de la personalidad del ser humano. La mente humana, en un grado de inmadurez total al nacimiento, tendrá que diferenciarse y organizarse a través del desarrollo.

Para comprender el desarrollo es necesario tener en cuenta la información de la conducta física, biológica, intelectual, social, emocional y de otros tipos, desde el periodo prenatal (o empezando por el momento del nacimiento) hasta la adolescencia inclusive.

Cada tipo de conducta cambia al desarrollarse el niño, y estos cambios son el producto de factores genéticos, condiciones biológicas, experiencias pasadas, experiencias presentes, y la cultura de las distintas épocas. Generalmente es imposible determinar exactamente cómo interactúan estos diversos factores causales (Biehler, 1980).

La psicología del desarrollo ofrece como instrumento el estudio de los acontecimientos de la vida del sujeto desde las épocas más tempranas, y cómo éstos acontecimientos repercuten influyendo en la formación de su personalidad.

Aunque las personas atraviesan por las mismas secuencias generales del desarrollo existen numerosas diferencias individuales en la duración y presentación de los cambios (Papalia y Wendkos, 2001).

Desarrollo implica no solo crecimiento biológico, sino también recibir la acción del ambiente y de la sociedad tal como se manifiesta a través de la pareja y sus familiares. El nuevo ser no es un ente indiferenciado que se moldea por obra exclusiva de la madre. Hoy ya no se duda que, en la historia de un individuo, esas primeras etapas del vínculo y la relación madre-hijo son de gran importancia en cuanto a la formación de su personalidad (Bayona y López, 1990).

Al hablar de normalidad en el desarrollo, el concepto puede aplicarse más ajustadamente cuando se trata de conductas que, dentro de ciertos límites aceptables, aparecen o se espera que aparezcan a determinadas edades (Bayona et al, 1990)

Offer plantea que las definiciones de normalidad pueden ser abarcadas desde cuatro perspectivas: normalidad como salud -que implica la ausencia de síntomas-; normalidad como utopía -un estado difícil de alcanzar por la mayor parte de la gente-; normalidad como promedio o media -la normalidad en la media y los extremos una desviación-; y la cuarta la normalidad como un sistema "transcultural" -que enfatiza la conducta normal como resultado de la interacción de los sistemas que cambian a lo largo del tiempo y que implica el constante cambio de los individuos y del contexto en el que viven-, esta perspectiva contempla las diferencias individuales que incluyen el temperamento y las experiencias únicas para cada sujeto junto con los patrones sociales, incluyendo los determinados históricamente; los patrones particulares adoptados con respecto a la adaptación al trastorno estarían ligados en la manera en la que se relaciona el sujeto con el medio social a lo largo del tiempo (Del Bosque, Suárez C, Arrollo E, Higuera F, Rodríguez H, 2004).

El desarrollo humano es el estudio científico de cómo cambian las personas y cómo permanecen algunos aspectos con el correr del tiempo. Los cambios ocurren durante toda la vida, aunque son más notorios en la niñez. Presenta dos formas: cuantitativa y cualitativa (Papalia et al, 2001).

El cambio cuantitativo es la variación del número o la cantidad de algo, como la estatura y el peso o el incremento en el número de palabras, frases y enunciados que el niño emplea. El cambio cualitativo es el que se produce en el carácter, la estructura o la organización, los rasgos de personalidad, los mecanismos de defensa que emplea, etc. y generalmente pueden caracterizarse mediante etapas o estadios del desarrollo.

Es muy importante enfatizar, que no se cuenta con la definición exacta de la gran cantidad de aspectos que abarcan el estudio del desarrollo; sin embargo, los autores citados nos proporcionan un amplio panorama sobre la complejidad y la gran responsabilidad que implica el trabajo en ésta área.

La psicología del niño ha de considerarse como el estudio de un sector particular de una embriogénesis general, que se prosigue después del nacimiento, y que engloba todo el crecimiento, orgánico y mental, hasta llegar a ese estado de equilibrio relativo que constituye el nivel adulto (Piaget, 1981).

La psicología del niño estudia el crecimiento mental o, lo que viene a ser lo mismo, el desarrollo de las conductas (es decir, de los comportamientos, comprendida la conciencia) hasta esa fase de transición, constituida por la adolescencia, que marca la inserción del individuo en la sociedad adulta. El crecimiento mental es indisoluble del crecimiento físico, especialmente de la maduración de los sistemas nervioso y endocrino que prosigue hasta alrededor de los 16 años (Piaget, 1981).

Las influencias del ambiente adquieren una importancia cada vez mayor a partir del nacimiento, tanto desde el punto de vista orgánico como del mental. La psicología del niño no puede, pues, limitarse a recurrir a factores de maduración biológica, ya que los factores que han de considerarse dependen tanto del ejercicio o de la experiencia adquirida como de la vida social en general (Piaget, 1981).

Cada estadio del desarrollo del ser humano abarca la intrincada relación de procesos físicos y mentales, de interacción entre lo interno y lo externo, de sentimientos individuales y de vinculaciones colectivas, en fin, que permiten al individuo dotarse de una identidad y desplegarla entre los demás (Bayona et al, 1990).

A lo largo del siglo XX el desarrollo humano ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas que se basan en presupuestos diversos acerca de cómo se adquieren las conductas nuevas. Las diferentes teorías contienen supuestos implícitos acerca de cómo se produce el desarrollo, su naturaleza y, sus causas, qué factores lo favorecen o lo dificultan, cuál es la importancia de los factores biológicos y ambientales, etc. (Delval, 1996).

Es en la infancia y la niñez donde la noción de estadio ha tenido su ámbito de mayor aplicación. Muchos autores como Freud, Piaget, Gessell, Erikson, Wallon, etc., han hecho uso de categorías descriptivas para estas fases, resultando todas ellas un conjunto muy heterogéneo entre sí. Al ser el desarrollo un proceso bio-social, y ser realidad la existencia de diversas sociedades, no es raro que se produzcan distintas etapas evolutivas. Este es un motivo que dificulta la homogeneidad de las clasificaciones, produciendo así una numerosa cantidad de sistemas clasificatorios. Por otro lado, es cierto que durante el primer año de vida del hombre, las influencias sociales son muy profundas, lo cual dificulta también la uniformidad de clasificación, hasta tal punto que resulta completamente imposible integrarlas en un todo coherente (Menéndez, 1997).

Todas las escuelas de psicología, han contribuido a nuestros conocimientos, los que cada día se enriquecen mas a pesar de que todavía es mucho lo que no sabemos y mucho también lo que suponemos sin poderlo comprobar.

Gracias a la gran diversidad de posturas y teorías, actualmente, podemos comprender un poco más sobre los cambios que atraviesa el ser humano, lo cuál proporciona información indispensable en el campo de la psicología clínica.

A continuación se realizará una breve descripción de algunas posturas, según autores como: Sigmund Freud, Jean Piaget y Erik Erikson, que tanto han contribuido al entendimiento de la psicología del niño.

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO SEGÚN SIGMUND FREUD.

En la teoría psicoanalítica se trata de elaborar un modelo del funcionamiento psicológico consciente, pero sostiene que los principales determinantes de la conducta son inconscientes y se interesa por estudiar la motivación que origina la actividad, que es atribuida a una energía interna del organismo que puede canalizarse de diferentes maneras (Delval, 1996).

De todas las teorías del desarrollo que se han estudiado, la freudiana es la más diferenciada y específica, ya que no sólo profundiza en las características del instinto sexual en cada edad, sino que abarca también los aspectos cognoscitivos dentro de la personalidad total.

Según Freud, la personalidad consta de tres componentes principales: el ello, el yo y el superyó. En la persona mentalmente sana estos tres sistemas forman una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación, le permiten al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de esas relaciones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre. A la inversa, cuando los tres sistemas de la personalidad están en desacuerdo, se dice que la persona está inadaptada. Se encuentra insatisfecha consigo misma y con el mundo, y su eficacia se reduce (Hall, 1988).

EL ELLO.

La función del ello es encargarse de la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que se liberan en el organismo mediante estímulos internos o externos. Esta función del ello cumple con el principio primordial o inicial de la vida, que Freud llamó *principio del placer*. La finalidad del principio del placer es desembarazar a la persona de la tensión, o, si tal cosa es imposible –como lo es por lo habitual- reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y mantenerlo tan constante como sea posible. La tensión se experimenta como dolor o incomodidad, mientras que el alivio de la tensión se experimenta como placer o satisfacción. Puede decirse, entonces, que la finalidad del principio del placer consiste en evitar el dolor y encontrar el placer (Hall, 1988).

En su forma más primitiva el ello es un aparato reflejo que descarga por las vías motrices cualquier excitación sensorial que le llegue. Si todas las tensiones que ocurren en el organismo pudieran ser descargadas mediante acciones reflejas, no habría necesidad de ningún desarrollo psicológico que trascendiera los límites del aparato reflejo primitivo. Sin embargo, tal no es el caso, pues suelen presentarse muchas tensiones para las que no hay descarga refleja apropiada. Por ejemplo, cuando aparecen las contracciones del hambre en el estómago del bebé, ellas no producen automáticamente alimento, sino inquietud y llanto. Si la criatura no es alimentada, las contracciones aumentan en intensidad hasta que la fatiga las elimina, si continúa la falta de alimento, el bebé muere de inanición (Hall, 1988).

A pesar de la solicitud de los padres, no es posible que éstos anticipen y satisfagan con rapidez todas las necesidades de la criatura. De hecho, al establecer un horario, instituir un entrenamiento y aplicar una disciplina, los padres crean tensiones al mismo tiempo que las reducen. El bebé inevitablemente experimenta cierto grado de frustración y malestar. Estas experiencias estimulan el desarrollo del ello (Hall, 1988).

Según Freud, el ello es también la fuente primordial de la energía psíquica y la sede de los instintos. El ello no cambia con el transcurso del tiempo; no puede ser modificado por la experiencia porque no está en contacto con el mundo externo. Sin embargo, puede ser controlado y regulado por el yo (Hall, 1988).

El ello no está gobernado por las leyes de la razón o de la lógica, y no posee valores, ética o moralidad. Solo lo impulsa una consideración: obtener satisfacción para las necesidades instintivas, de acuerdo con el principio del placer. Hay solo dos consecuencias para cualquier proceso del ello. O se descarga mediante la acción o realización de deseos, o sucumba a la influencia del yo; en el último caso la energía queda ligada en lugar de descargarse inmediatamente (Hall, 1988).

Freud habla del ello como si fuera la verdadera realidad psíquica. Con eso quiere decir que el ello es la realidad subjetiva primordial, el mundo interior que existe antes de que el individuo haya tenido experiencia del mundo exterior. No sólo es el ello arcaico desde el punto de vista de la historia racial; también es arcaico en la vida del individuo. Es el fundamento sobre el cuál se edifica la personalidad. El ello conserva su carácter infantil durante toda la vida. No puede tolerar la tensión y exige una gratificación inmediata. Es exigente, impulsivo, irracional, asocial, egoísta y amante del placer. Es el niño malcriado de la personalidad. Es omnipotente porque posee el poder mágico de realizar sus deseos mediante la imaginación, la fantasía, las alucinaciones y los sueños (Hall, 1988).

Se le llama oceánico, porque, como el mar, lo contiene todo. No reconoce nada exterior a sí mismo. El ello es el mundo de la realidad subjetiva en la que la búsqueda del placer y la evitación del dolor son las únicas actividades que importan (Hall, 1988).

Freud reconoce que el ello es la parte oscura e inaccesible de la personalidad, y que lo poco que se sabe de él se ha aprendido del estudio de los sueños y los síntomas neuróticos. Sin embargo, podemos ver al ello en acción cada vez que una persona hace algo impulsivo. Una persona, por ejemplo, que actúa impulsivamente tirando una piedra por la ventana, golpeando a alguien o perpetrando una violación, está dominada por el ello. Y también lo está la que pasa gran parte del día soñando despierta y construyendo castillos en el aire. El ello no piensa. Solo desea o actúa (Hall, 1988).

EL YO.

En la persona bien adaptada el yo es el ejecutivo de la personalidad, que domina y gobierna al ello y al superyó y mantiene un comercio con el mundo exterior en interés de la personalidad total y sus vastas necesidades. Cuando el yo cumple sabiamente sus funciones ejecutivas, prevalecen la armonía y la adaptación. Cuando el yo abdica o entrega demasiado de su poder al ello, al superyó, o al mundo externo, se producen inadaptaciones y desarmonías (Hall, 1988).

El yo no está gobernado por el principio del placer, sino por el principio de la realidad. Realidad significa lo que existe. La finalidad del principio de la realidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisfará tal necesidad (Hall, 1988).

El demorar la acción significa que el yo debe ser capaz de tolerar la tensión hasta que ésta pueda ser descargada por una forma apropiada de comportamiento. La institución del principio de la realidad no implica que el principio del placer sea rechazado. Sólo se lo suspende temporalmente en interés de la realidad. A su debido tiempo, el principio de la realidad lleva al placer, aunque la persona tenga que soportar cierta incomodidad mientras busca la realidad (Hall, 1988).

En general, las adaptaciones de las funciones psicológicas permiten que la persona se comporte de manera más inteligente y eficaz, dominando sus impulsos y su ambiente en interés de satisfacciones y placeres mayores. Cabe así considerar el yo como una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediaria entre el ello y el mundo externo (Hall, 1988).

Las fantasías producidas por el yo son reconocidas como tales, es decir, imaginaciones juguetonas y placenteras. Aunque nunca se las confunde con la realidad, le proporcionan al yo algo así como unas vacaciones con respecto a sus otros asuntos más serios (Hall, 1988).

Aunque el yo es en gran parte producto de una interacción con el ambiente, la dirección de su desarrollo está determinada por la herencia y guiada por los procesos naturales de crecimiento (maduración). Eso significa que cada persona posee potencialidades innatas para pensar y razonar. La realización de tales potencialidades se cumple mediante la experiencia, el aprendizaje y la educación. Toda educación formal, por ejemplo, tiene como objetivo principal enseñar a la gente cómo pensar con eficacia. Pensar con eficacia equivale a ser capaz de llegar a la verdad, definiendo verdad como lo que existe (Hall, 1988).

EL SUPERYÓ.

La tercera institución fundamental de la personalidad, el superyó, es la rama moral o judicial de la personalidad. Representa lo ideal más bien que lo real y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. El superyó es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el yo como una consecuencia de la asimilación por parte del niño, de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo y pecaminoso (Hall, 1988).

Al asimilar la autoridad moral de sus padres, el niño reemplaza la autoridad de ellos por su propia autoridad interior. La internalización de la autoridad paterna le permite al niño controlar su comportamiento según los deseos de sus padres, y al hacerlo se asegura su aprobación y evita su disgusto (Hall, 1988).

El superyó está compuesto de dos subsistemas: el ideal del yo que corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente bueno. La conciencia moral, en cambio, corresponde a los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideren moralmente malo, y esos conceptos se establecen mediante experiencias de castigo (Hall, 1988).

La principal recompensa psicológica es la aprobación paterna expresada ya sea en palabras o mediante la expresión facial. La aprobación significa amor. De la misma manera, privar al niño de amor es la forma principal de castigo psicológico. Por supuesto, las recompensas y los castigos físicos también pueden significar amor o privación de amor para el niño. El conceder o privar de afecto ejerce su poder sobre el niño, en primer lugar en virtud de su relación con la satisfacción o insatisfacción de las necesidades básicas (Hall, 1988).

Las recompensas y los castigos, cualquiera que sea su origen, son condiciones que reducen o aumentan la tensión interna. Como los padres, el superyó pone en vigencia sus recompensas y castigos. Estas recompensas y castigos se otorgan al yo, porque el yo, a causa de su control sobre las acciones de la persona, es considerado responsable de los actos morales e inmorales. Si la acción está de acuerdo con las normas éticas del superyó, se recompensa al yo (Hall, 1988).

Puede recompensarse o castigarse al yo sólo por pensar en hacer algo. Un pensamiento vale lo mismo que un hecho a los ojos del superyó. El superyó castiga al yo por tener malos pensamientos aunque los pensamientos nunca se traduzcan en acciones. Las recompensas y castigos de que dispone el superyó pueden ser físicos o psicológicos (Hall, 1988).

El superyó puede decir, en efecto, a la persona que ha seguido el camino de la virtud: "Ahora que has sido bueno durante un tiempo, puedes permitirte pasarla bien". Esto podrá significar gozar de una buena comida, de un prolongado descenso o de una experiencia sexual. Al transgresor moral del superyó puede decirle: "Ahora que te has portado mal, serás castigado sucediéndote algo desagradable". La desgracia puede ser una descompostura de estómago, un perjuicio o la pérdida de algo valioso. Esta penetración de Freud en el complejo y sutil funcionamiento de la personalidad humana reveló una razón importante de por qué la gente se enferma, sufre accidentes y pierde las cosas. Todas las desgracias pueden implicar, en mayor o menor grado, un autocastigo por haber hecho algo malo (Hall, 1988).

Las recompensas y castigos físicos empleados por el superyó son sentimientos de orgullo, culpa o inferioridad, respectivamente. El orgullo equivale al amor propio, y la culpa o inferioridad al odio a sí mismo; ambos son la representación interna del amor y el rechazo paternos (Hall, 1988).

El superyó es el representante, dentro de la personalidad, de los valores e ideales tradicionales de la sociedad, tal como se transmiten de padres a hijos. Debe recordarse que el superyó del niño no es reflejo de la conducta de los padres sino más bien de los superyós de los padres. Además de los padres, otros agentes sociales participan en la formación del superyó del niño: maestros, ministros religiosos, agentes de policía, etc. (Hall, 1988).

Las finalidades del superyó son, en primer lugar, controlar y regular aquellos impulsos cuya expresión no controlada pondrían en peligro la estabilidad de la sociedad. Tales impulsos son el sexo y la agresión (Hall, 1988).

Si se considera al ello como el producto de la evolución y el representante psicológico de la constitución biológica de la persona, y al yo como el resultante de la interacción de la persona con la realidad objetiva y la esfera de los procesos mentales superiores, puede decirse que el superyó es el producto de la socialización y el vehículo de la tradición cultural (Hall, 1988).

El yo se forma a partir del ello y el superyó se forma a partir del ello y el superyó se forma a partir del yo. Continúan interactuando y fusionándose entre sí durante toda la vida (Hall, 1988).

Para explicar más detalladamente cómo se manejan los conflictos, Freud propone varios mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa del yo son maneras irracionales de encararse con la angustia, porque deforman, esconden o niegan la realidad y obstaculizan el desarrollo psicológico. Ligan la energía psicológica que podría utilizarse en otras actividades más efectivas del yo (Hall, 1988).

Cuando una defensa adquiere mucha influencia, domina al yo y reduce su flexibilidad y adaptabilidad. Por último, si las defensas no pueden resistir, el yo no tiene a quien recurrir y es abrumado por la angustia. La consecuencia es entonces un colapso nervioso (Hall, 1988).

Las defensas del yo se adoptan como medidas protectoras. Si el yo no puede reducir la angustia por medios racionales, tiene que utilizar tales medidas para negar el peligro (represión), externalizar el peligro (proyección), esconder el peligro (formación reactiva), permanecer en el mismo estado (fijación) o retroceder (regresión). El yo infantil necesita y usa todos esos mecanismos accesorios (Hall, 1988).

El yo crece como resultado de cambios innatos en el mismo organismo, especialmente en el sistema nervioso. Bajo la influencia de la maduración, el yo se ve obligado a evolucionar (Hall, 1988).

Otro factor importante para el desarrollo sano del yo es un ambiente que ofrezca al niño una serie de experiencias que se sincronizan con su capacidad para adaptarse. En la infancia los riesgos de la existencia deben ser pequeños, en la primera niñez las amenazas deben ser un poquito más fuertes, y así sucesivamente a través de los años de crecimiento. En una serie graduada de ambientes, el yo tendrá oportunidades para despojarse de sus mecanismos de defensa (en condiciones ideales nunca deberían desaparecer) y de reemplazarlos por mecanismos más eficaces y más realistas (Hall, 1988).

Freud ha establecido un modelo de desarrollo del niño. En base de la teoría psicoanalítica, ha llamado a las diferentes etapas del crecimiento "fases psicosexuales" ya que pensaba que el desarrollo de la personalidad se veía influenciada por la manera en la que el niño aprende a liberar su energía sexual (libido) (Faw, 1981).

Para Sigmund Freud, las experiencias que más marcan la infancia y la adolescencia se asocian a la libido, en relación a las diferentes partes sensibles del cuerpo, en las que el niño fija su atención durante su desarrollo (Faw, 1981).

Freud habla de zonas erógenas parciales. Estas son sucesivamente la boca, el ano y los órganos genitales. Estas diferentes zonas seguirán influenciando nuestra sexualidad aún cuando ya seamos adultos.

Freud describe 5 etapas psicosexuales del desarrollo, que son las siguientes: la fase oral (de 0 a 1 año), la fase anal (de 1 a 3 años), la fase fálica (de 3 a 5 años), el periodo de latencia (de 5 a 11 años) y después la etapa genital, (de los 12 años en adelante). Cabe mencionar, que las edades de inicio y finalización de cada etapa son aproximadas, ya que es diferente el desarrollo en cada persona.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL NIÑO.

Etapa Oral (0 – 1 año).

Desde el nacimiento, la fuente primaria del placer y gratificación es la región bucal. La alimentación y los cuidados que ella comprende, además del placer de la succión, son la clave de este periodo (Bayona et al, 1990).

El modelo psicoanalítico presenta al recién nacido como un sistema de energía dinámica, deseoso de utilizar esta energía. El lactante busca utilizar esta energía libidinal (de placer) en imágenes de objetos (en el sentido de amor, de satisfacción) que satisfarán sus necesidades y le aportarán el placer de liberación de esta energía. En el momento del nacimiento, el primer objeto de satisfacción es el seno de la madre que le alimenta y reconforta, le proporciona placer. Es la boca la primera zona de su cuerpo que le proporciona este placer (a través del seno, la tetina del biberón, el chupete, la succión en su conjunto). Satisfaciendo estos deseos de alimento, de respiración, el bebé recoge sus primeras impresiones sobre el mundo y el lugar que ocupa. Su personalidad se ve influenciada por la rapidez con la que la energía libidinal es liberada, pero también por la atmósfera que se asocia a la forma en que los deseos se ven cumplidos o no. Si la madre le coge tiernamente cuando le da el pecho, el niño vivirá este periodo oral en un clima de felicidad y confianza (Faw, 1981).

Cuando el niño lleva a cabo actividades tales como el colocar en su boca cualquier objeto que cae en sus manos, chupar sus dedos, y aun a calmarse cuando el chupeteo es independiente de la alimentación, éste integra en un modo primitivo conocimientos acerca de su propio cuerpo (Bayona et al, 1990).

Este periodo ha sido subdividido en dos subestadios desde los primeros días del niño (periodo oral de succión o dependiente) hasta la época de aparición de los dientes (periodo oral sádico o agresivo) (Bayona et al, 1990).

En esta etapa, el niño desarrolla sus primeros sentimientos ambivalentes: le gusta un objeto pero lo odia al mismo tiempo, algo que expresa cuando lo muerde (Faw, 1981).

Además de este aspecto de alimentación, la zona oral le sirve al recién nacido para descubrir los objetos que le rodean, llevándoselos a la boca o a los labios. El niño quiere dominar y controlarlos.

El lactante hará progresivamente la distinción entre el "yo" y el "no yo" (él y el resto) asimilando los objetos que le procuran placer a él y a los otros que no son él, ya que al principio, el bebé no se percibe como algo distinto de su madre (Faw, 1981).

Etapa Anal (1-3 años).

Comporta dos fases, una expulsiva y otra retentiva, la zona erógena dominante es la región anal. Durante esta fase comienza la educación para conseguir que el niño controle las funciones evacuatorias. De esta forma la región anal pasa a ser el centro de experiencias frustrantes y gratificadoras (Bayona et al, 1990).

A esta edad, la atención del niño y de sus padres se concentra en el control de los esfínteres. Este período es llamado la fase anal porque su objeto principal es la evacuación o retención de las heces y la orina. De esta manera, las zonas dominantes de gratificación son la cavidad anal, los músculos del esfínter y del sistema urinario. El desplazamiento de la atención del niño hacia estas zonas no supone que el interés por la zona oral haya cesado. Durante este período, una parte importante de las relaciones entre el niño y los adultos está ligado al control de los esfínteres. El placer de evacuación de las heces y la orina se ve frenado por la obligación de contenerse. Así, mediante el aprendizaje de la limpieza, el niño debe someterse a las exigencias higiénicas de sus padres. Después, el niño obtendrá placer al contener estos impulsos (Faw, 1981).

El ambiente aprueba, desaprueba o castiga según el niño realice o no dichas funciones en el tiempo y el lugar adecuados; así esta fase, con el control de esfínteres puede marcar las relaciones con sus progenitores y posteriormente, en la vida adulta, se podrá saber si se cumplió satisfactoriamente con las funciones de esta etapa.

Hay otras adquisiciones alrededor de estas edades, como son la realización de la marcha y el progresivo dominio motor, que señalan el camino hacia una cierta independencia o autonomía (Bayona et al, 1990).

Unido a esto cabe citar los comienzos de socialización que son también demandas que señalan la maduración del aparato psíquico, vale decir, del Yo y el Superyó. A esto acompaña la aparición de nuevos sentimientos que, en el caso de la vergüenza y la repugnancia, señalan la interiorización del disgusto frente al ensuciarse (Bayona et al, 1990).

Etapa Fálica (3- 5 años).

El pene en el varón y el clítoris y los genitales externos de la niña, pasan a ser las zonas erógenas dominantes. La experimentación y la curiosidad sexual se acompañan de sensaciones por lo general placenteras, que, en el varón, se manifiestan con maniobras masturbatorias aparentes, en tanto que en la niña pasan más frecuentemente inadvertidas y con menor grado de conciencia, puesto que pueden darse uniéndose fuertemente o frotando ambas piernas (Bayona et al, 1990).

Según la teoría psicoanalítica, la gran importancia dada al pene crea en el varón temores con respecto al daño posible e incluso a su pérdida como castigo por sus deseos sexuales. Es este el llamado complejo de castración (Bayona et al, 1990).

En cuanto a la niña, según Freud, aquellos mismos descubrimientos con respecto a las diferencias de sexo conllevan la envidia del pene, el deseo de ser un varón, y crea en ella, el sentimiento de haber sido castigada, castrada (Bayona et al, 1990).

Otro hecho fundamental en esta etapa son las relaciones amorosas con ambos padres. La elección del objeto de amor se realiza sobre el padre o madre (del sexo opuesto). Se experimentan sentimientos de hostilidad y de rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo por el hecho de ser el poseedor del objeto amoroso.

Si el desarrollo prosigue normalmente, el Complejo de Edipo se resuelve cuando el niño de cinco años llega a identificarse con el progenitor del mismo sexo (Biheler, 1980).

El Complejo de Edipo se convierte así en un factor de maduración psíquica, y su evolución es de gran importancia no sólo en las relaciones amorosas del adulto, sino que, como consecuencia de sus posibles deformaciones, se habrán de conseguir las estructuras psíquicas patológicas en el futuro (Bayona et al, 1990).

Periodo de Latencia (5 – 11 años).

El desarrollo sexual pasa por un periodo de detención o regresión que, en los casos más favorables, merece el nombre de periodo de latencia, lo cual no implica fatalmente una interrupción completa de la actividad y los intereses sexuales (Bayona et al, 1990).

Es el Superyó el que, como consecuencia de su evolución, se halla más organizado (lo mismo que el Yo), e impone principios morales que hacen posible la adquisición de la cultura, el desarrollo de amistades, valores y roles sociales (Bayona et al, 1990).

La escuela elemental, convertida en el centro de atención del niño y de su medio familiar, hace que él adquiera mayor capacidad en relación con la actividad motora, el pensamiento y el razonamiento (Bayona et al, 1990).

Etapa Genital (12 años en adelante).

La pubertad provoca un nuevo despertar de los impulsos sexuales. En esta etapa los adolescentes deben aprender cómo expresar estos impulsos en formas socialmente aceptables. Si el desarrollo ha sido sano, el instinto sexual maduro se satisface mediante el matrimonio y la crianza de los hijos. Ésta etapa no será explicada detalladamente en el presente capítulo, debido a que se ha preparado en el siguiente capítulo para hablar específicamente sobre la adolescencia, dentro de la cuál, se retomará ésta última etapa que plantea Freud.

En general, las etapas del desarrollo de la personalidad, según la teoría psicoanalítica serán además un punto de referencia para una mejor comprensión de los desvíos hacia la patología en la vida adulta; ya que señalan la importancia de las posibles fijaciones y regresiones a los distintos períodos ya descritos.

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO SEGÚN PIAGET

La Teoría de Piaget trata de explicar el proceso de desarrollo, referido a la formación de conocimientos. Se considera que desde el principio las conductas son complejas, las cuales se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo. El niño va pasando por una serie de estadios que se caracterizan por la utilización de distintas estructuras (Delval, 1996).

Al principio, los niños forman esquemas, principalmente como consecuencia de las actividades sensoriomotrices y se concentran solo en una cualidad cada vez. Después pueden tener en cuenta varias cualidades a la vez. Durante un tiempo son capaces de razonar y generalizar solo en relación a las actividades concretas, pero con el tiempo pueden manejar abstracciones, formar hipótesis y considerar posibilidades (Biheler, 1980).

La teoría del desarrollo según Piaget se refiere a la evolución del pensamiento – particularmente de la inteligencia- en el niño a través de distintas edades y hasta la adolescencia (Bayona et al, 1990).

El punto de partida de Piaget para definir la inteligencia es el biológico. Toda conducta, ya se trate de un ciclo realizado en el exterior, o interiorizado en forma de pensamiento es una adaptación o, mejor dicho una readaptación. El individuo actúa cuando experimenta una necesidad, o sea, cuando se rompe el equilibrio entre el medio y el organismo. La acción tiende a reestablecer dicho equilibrio, o sea a readaptar el organismo (Bayona et al, 1990).

Piaget llegó a la conclusión de que los seres humanos heredan tendencias básicas para organizar los procesos intelectuales en sistemas coherentes y adaptarse y ajustarse a su ambiente. Se forman estructuras cognoscitivas (esquemas) y éstas permiten a los niños diferenciar entre las experiencias y generalizar conforme evoluciona su concepto del mundo (Biheler, 1980).

La inteligencia como la vida, es adaptación, y la adaptación es un equilibrio entre la asimilación y la acomodación, es decir, un equilibrio de los intercambios entre el sujeto y los objetos (Bayona et al, 1990).

Así como el organismo asimila y se transforma bajo la presión del medio, la inteligencia asimila los datos de la experiencia, los modifica sin cesar y los acomoda a los datos provenientes de nuevas experiencias. La organización y la adaptación, con sus dos extremos de asimilación y acomodación, constituyen el funcionamiento de la inteligencia (Bayona et al, 1990).

Piaget separa el desarrollo de la inteligencia en cuatro Etapas fundamentales: Etapa de la Inteligencia Sensorio-motriz, de 0 a 2 años; Etapa Preoperacional, de los 2 a los 7 años; Etapa de Operaciones Concretas entre los 7 y los 11 años y, por último, Etapa de Operaciones Formales, a partir de los 11 años aproximadamente y hasta la vida adulta, las cuales se describirán a continuación.

ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EN EL NIÑO.

Etapa Sensorio-motriz. (del nacimiento a los 2 años)

Desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de edad, los infantes se interesan por descubrir los diferentes aspectos del mundo mediante aprender a coordinar la experiencia sensorial y la actividad motora. Durante los dos primeros años de su vida el niño no posee un lenguaje y solamente puede realizar acciones manifiestas. El conocimiento que los niños adquieren de sus sentidos y los objetos en su medio ambiente proviene de las acciones que efectúan con dichos objetos (Piaget, 1985).

Esta etapa se subdivide de la siguiente manera:

- ❖ Estadio 1 (desde el nacimiento hasta el primer mes): Uso de los mecanismos reflejos congénitos.

Los infantes ejercitan sus reflejos innatos y obtienen algo de control sobre sí mismos. No coordinan la información de los sentidos. No comprenden los objetos que observan. No han desarrollado la permanencia de objeto (Papalia, 1997).

Se caracteriza por reflejos y acciones espontáneas. Son acciones como llorar, chupar, mover los ojos, mover la cabeza etc. Son acciones estructuradas que se repiten en la misma forma y mejoran con la práctica. Son acciones que resultan de los estímulos del medio ambiente (Piaget, 1985).

La utilización de los mecanismos reflejos dispuestos para la función es en cierto modo el primer signo de actividad psíquica (Piaget, 1985).

Cuando el bebé sobrepasa los montajes puramente hereditarios, que son los reflejos, adquiere hábitos en función de la experiencia (Bayona et al, 1990).

❖ Estadio 2 (1 a 4 meses): reacciones circulares primarias.

La reacción circular es un ejercicio funcional adquirido que prolonga al ejercicio reflejo heredado: vale decir, una forma mas evolucionada de asimilación (Bayona et al, 1990).

Los infantes repiten los comportamientos placenteros que han descubierto al azar (como la succión), las actividades se centran en el cuerpo de los infantes más que en los efectos que los comportamientos producen en el ambiente. Ellos adaptan los reflejos adquiridos de manera diferente. Empiezan a coordinar la información sensorial. Todavía no han desarrollado la permanencia de objeto (Papalia, 1997).

❖ Estadio 3 (4 a 8 meses): reacciones circulares secundarias.

Los infantes se interesan más en el ambiente, repiten las acciones que brindan resultados interesantes y prolongan las experiencias excitantes. Aunque las acciones son intencionales, no están orientadas hacia una meta. Los infantes muestran permanencia parcial del objeto (Papalia, 1997).

Se observa la transición progresiva de las habilidades y hábitos adquiridos casualmente a las acciones inteligentes realizadas intencionadamente (Piaget, 1985).

❖ Estadio 4 (8 a 12 meses): coordinación del esquema de conducta adquirido y su aplicación a situaciones nuevas

A medida que los infantes coordinan lo que aprenden previamente (como mirar y agarrar un sonajero) y utilizan los comportamientos aprendidos (como gatear para alcanzar un juguete) para lograr las metas, las conductas se vuelven más deliberadas y con propósitos más definidos.

Pueden anticipar eventos y desarrollar la permanencia del objeto. No obstante buscarán un objeto en el primer escondite en que fue puesto, aunque vean que ha sido quitado de ahí (Papalia, 1997).

La noción de causalidad aparece hasta los doce meses y le permite diferenciar entre medios y objetivo. La causalidad y permanencia del objeto producen nuevos equilibrios.

- ❖ Estadio 5 (12 a 18 meses): reacciones circulares terciarias, el descubrimiento de nuevos esquemas de conducta por la experimentación activa.

Los infantes sienten curiosidad a medida que varía a propósito sus acciones para ver los resultados. Exploran su mundo de manera activa para saber cuándo un objeto, evento o situación son nuevos. Intentan nuevas actividades y emplean el ensayo y el error para solucionar problemas (Papalia, 1997).

Además, se hacen más adaptativas las nociones de permanencia del objeto y causalidad y tiene una mejor comprensión de sus desplazamientos espaciales (Piaget, 1985).

- ❖ Estadio 6 (18 a 24 meses): Transición del acto intelectual sensomotor a la representación. Combinaciones mentales. Esto es la aplicación de la inteligencia propiamente dicha.

Puesto que durante la etapa de los primeros pasos han desarrollado un primitivo sistema simbólico (como el lenguaje) para representar eventos, no se hallan limitados al método de ensayo y error para la solución de problemas. Durante esta etapa su sistema simbólico les permite pensar en los eventos y anticipar sus consecuencias sin tener que recurrir siempre a la acción. En la etapa de los primeros pasos comienzan a dar muestras de discernimiento. La permanencia de objeto se halla desarrollada por completo (Papalia, 1997).

Además, los modos de conducta, pueden realizarse ahora interiormente. Conducirse interiormente se llama ya pensar, aun cuando al principio sólo con ayuda de representaciones simbólicas incompletas (Piaget, 1985).

El comportamiento sensomotor de la primera infancia constituye el punto de partida de la formación del conocimiento (Piaget, 1980).

Etapa Preoperacional (de los 2 a los 7 años).

Esta nueva fase se caracteriza básicamente por la utilización del lenguaje, la construcción de símbolos y la aparición de los juegos simbólicos, en ella empezará el niño a adquirir verdaderamente la función simbólica, las imágenes psíquicas y la capacidad de representación (Piaget, 1985).

En la etapa preoperacional, los niños pueden pensar en objetos, personas o sucesos que no están presentes, mediante representaciones mentales de ellos. Esta etapa es un paso significativo más allá del periodo sensoriomotor porque en ella los niños pueden aprender no sólo mediante los sentidos y la acción, sino también mediante el pensamiento simbólico y la reflexión sobre sus acciones (Papalia, 1997).

El juego simbólico constituye una actividad real del pensamiento. Su función consiste en satisfacer al yo merced a una transformación de lo real en función de los deseos (Piaget, 1981).

Esta nueva forma de pensamiento llamada pensamiento simbólico conceptual, consta de dos componentes: simbolismo no verbal y simbolismo verbal.

Podemos observar el simbolismo no verbal cuando el niño utiliza los objetos con fines diferentes de aquellos para los que fueron creados, los utiliza como símbolos de otros objetos. A medida que progresan en la utilización de símbolos no verbales, los niños crean rápidamente ambientes en los que pueden disfrutar con las experiencias más dispares (Piaget, 1985).

El simbolismo verbal es la utilización por parte del niño del lenguaje o de signos verbales que representan objetos, acontecimientos y situaciones. El lenguaje permite a los niños descubrir cosas acerca de su medio, en parte gracias a las preguntas que formulan y en parte a través de los comentarios que hacen. Por ejemplo, un niño puede preguntar por qué se mueve la luna o contarnos por qué la luna tiene caras, esas preguntas y comentarios permiten a los niños desarrollar y perfilar sus capacidades intelectuales (Piaget, 1985).

Los sistemas simbólicos particularmente el lenguaje, se desarrollan rápidamente entre los dos y los seis años de edad. En esta etapa surge cierta comprensión de los números, los sistemas de clasificación y determinados tipos de relaciones (Piaget, 1981).

Se puede apreciar que el pensamiento simbólico que aparece en el estadio preoperatorio del desarrollo procede en gran parte del desarrollo del lenguaje del niño.

La adquisición del lenguaje es uno de los pasos más duros y a la vez más importantes que el niño debe dar en el estadio preoperatorio. El lenguaje es esencial para el desarrollo intelectual en tres aspectos (Piaget, 1985).

- ❖ El lenguaje nos permite compartir ideas con otros individuos y de este modo comenzar el proceso de socialización. Esto a su vez reduce el egocentrismo.
- ❖ El lenguaje ayuda al pensamiento y a la memoria pues ambas funciones requieren la interiorización de acontecimientos y objetos.
- ❖ Quizá lo más importante, el lenguaje permite a la persona utilizar representaciones e imágenes mentales, o pensamientos al realizar experimentos mentales.

A pesar de que en este estadio el niño utiliza muy poco la lógica, usa un nivel superior de pensamiento al que caracteriza el estadio sensorio-motor del desarrollo, ya que a pesar de que el niño sigue siendo prelógico suplente la lógica por el mecanismo de la intuición, simple interiorización de las percepciones y los movimientos en forma de imágenes representativas y de “experiencias mentales”, que prolongan por tanto los esquemas sensorio-motores sin coordinación propiamente racional (Piaget, 1981).

La aptitud para pensar lógicamente en la solución de un problema requiere que el niño ejecute operaciones lógicas, es decir que ejecute las transformaciones mentales entre los elementos de un determinado problema, precisamente porque los niños en esta etapa no pueden realizar esas operaciones, su pensamiento se denomina preoperatorio (Piaget, 1985).

Algunas limitaciones importantes del pensamiento preoperatorio son (Piaget, 1980):

- ❖ El egocentrismo.- Es la incapacidad de una persona para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. Es el hecho de que el niño no manifiesta deseo de comunicar su pensamiento al otro, ni de conformarlo al de los otros, sino que se ha cerrado, se ha replegado sobre sí mismo en realidad, por falta de medios.
- ❖ La centración.- El niño tiende a enfocar o concentrarse en un solo aspecto o dimensión de la situación y prescinde de otros aspectos importantes del problema, llegando con frecuencia a conclusiones ilógicas. No puede descentrar o pensar simultáneamente en varios aspectos de la situación.
- ❖ La irreversibilidad.- La incapacidad del niño para ejecutar operaciones o transformaciones mentales que podrían revertir una secuencia lógica o de eventos a fin de restablecer la condición original. El pensamiento preoperatorio constituye una secuencia de significativos progresos en conocimiento durante la etapa sensorio-motora.

A pesar de los grandes avances que se producen en el estadio preoperatorio del desarrollo cognitivo, hay muchas cosas que impiden que el niño en este estadio piense, razone y actúe como los adolescente o los adultos. El conocimiento de las limitaciones cognitivas del niño en el estadio preoperatorio le permitirá entender mejor su conducta (Piaget, 1985).

Aunque la adquisición del lenguaje es un paso gigante para un niño en el estadio preoperatorio existen todavía muchos obstáculos para llegar al pensamiento lógico.

Cuando los adultos piensan lógicamente, organizan sus pensamientos con arreglo a un orden; a menudo sugieren muchas soluciones posibles a un problema, y pueden describir dichas soluciones y cómo han llegado a ellas. Pueden decir qué tiene significado y qué no lo tiene, al menos en lo que respecta a su problema y utilizan lo que saben para escoger la mejor solución. Los niños en el estadio preoperatorio por otra parte, utilizan el método de ensayo y error para encontrar una respuesta; escogen cualquier conclusión sugerida por la intuición o por la primera impresión (Piaget, 1985).

Etapa de Operaciones Concretas: (de los 7 años a los 11 años)

Esta etapa marca un hito decisivo en el desarrollo mental. En cada uno de los aspectos tan complejos de la vida psíquica, ya se trate de la inteligencia o de la vida afectiva, de relaciones sociales o de actividad propiamente individual, asistimos a la aparición de formas de organización nuevas, que rematan las construcciones esbozadas en el curso del periodo anterior y les aseguran un equilibrio mas estable, al mismo tiempo que inauguran una serie ininterrumpida de construcciones nuevas (Piaget, 1981).

Entre los siete y los doce años de edad, los procesos de pensamiento del niño aumentan su habilidad para ejecutar operaciones mentales. Ahora el pensamiento está sujeto a menos limitaciones impuestas por el egocentrismo, la centración y la irreversibilidad, pero los problemas lógicos y de secuencia que pueden ser resueltos tienden a incluir objetos concretos a los que corresponden un lugar y un tiempo (Papalia, 1997).

Con el pasaje de la etapa anterior a esta nueva, hay una aceleración del acto intelectual y una toma de conciencia de sus propios pasos. El simple hecho de ser operatorio es una característica del pensamiento lógico, ya que se tiene la capacidad de prolongar la acción.

Aproximadamente entre los siete y once años el niño se hace cada vez más lógico, medida que adquiere y perfila la capacidad de efectuar operaciones, actividades mentales basadas en las reglas lógicas. Sin embargo en este período los niños utilizan la lógica y realizan operaciones con la ayuda de apoyos concretos. Los problemas abstractos están todavía fuera del alcance de su capacidad (Piaget, 1985).

El niño en esta etapa procesa la información de una manera más ordenada; el niño analiza percepciones, advierte las diferencias entre los elementos de un objeto o acontecimiento, estudia componentes específicos de una situación y puede establecer una diferencia entre la información relevante y la irrelevante en la solución de problemas.

Debido a su adaptación y organización en situaciones sociales, en el estadio de las operaciones concretas los niños efectúan importantes avances en la comunicación no egocéntrica. Piensan y se hacen preguntas sobre sus propios pensamientos, los comparan con los de otras personas y los cambian o corrigen cuando deciden que han percibido algo mal (Piaget, 1985).

La afectividad se caracteriza por la aparición de nuevos sentimientos morales, y sobre todo, por una organización de la voluntad, que desembocan en una mejor integración del yo y en una regulación más eficaz de la vida afectiva. El respeto mutuo conduce a nuevas formas de sentimientos morales (Piaget, 1981).

Jean Piaget estudió el juicio moral en relación con la inteligencia y descubrió en el desarrollo moral la misma regularidad identificada en la génesis de las categorías del pensamiento científico.

En una primera etapa que se extiende aproximadamente hasta los diez años, la centración es rígida. Es una etapa egocéntrica en la cual las normas son consideradas sagradas e intangibles. Se trata de una moral de la heteronomía, caracterizada por el hecho de que el niño piensa la conducta en función de las consecuencias e identifica la buena acción con la conformidad de las reglas adultas. Conductas típicas son justificar la legitimidad de los actos con la expresión –porque mi mamá lo dice- o creer que es más grave haber roto un plato por accidente que desobedecer al jugar con algo no permitido, aunque no haya habido malas consecuencias (Piaget, 1985).

Con la centración llegará la moral de la autonomía, la cooperación y la reciprocidad, caracterizada por la comprensión de la conducta moral como un complejo de la intencionalidad, consecuencias y por el reconocimiento de las reglas como convenciones racionales desarrolladas para la consecución de los objetivos (Piaget, 1985).

Es probable que la repetición sea menos obvia en el lenguaje del niño de lo que era en el estadio preoperatorio. Sin embargo, en el estadio de las operaciones concretas, a los niños les puede gustar repetir ciertas actividades sociales y asimismo, algunas estrategias de resolución de problemas que han resultado fructíferas en el pasado (Piaget, 1985).

En el estadio de las operaciones concretas los niños tienden a imitar más selectivamente que los niños más pequeños. A menudo buscan modelos fuera de la familia; imitan más a sus compañeros y algo menos a sus padres (Piaget, 1985).

También, la discusión se convierte en un importante y beneficioso medio de aprendizaje y de modelado de actitudes. Las habilidades de los niños para asumir roles en este estadio muestran disminución del egocentrismo con respecto al estadio preoperatorio. En este estadio de las operaciones concretas los niños pueden asumir fácilmente varios roles, incluyendo aquellos que son contrarios a su rol preferido (Piaget, 1981).

Cada vez que emerge un nuevo tipo de estructura intelectual, el egocentrismo reaparece bajo una nueva forma; por lo tanto se advierte que cada período de desarrollo intelectual tiene su propia forma característica de egocentrismo. El egocentrismo en este sentido es algo que los niños no pueden evitar, es una consecuencia directa e inevitable de su desarrollo intelectual (Piaget, 1985).

Con la aparición y desarrollo de operaciones concretas, los niños por primera vez son capaces de realizar ciertos tipos de razonamiento lógico. Al principio de este período, los niños ponen en práctica este tipo de razonamiento sólo de vez en cuando y solamente tratándose de cierto tipo de problemas. Sin embargo, el pensamiento típico que los niños llevan a cabo durante este período es todavía limitado (Piaget, 1985).

Los niños, pueden razonar con bastante lógica cuando trabajan con materiales concretos, pero todavía tropiezan con una enorme dificultad cuando se les pide que apliquen estas aptitudes a situaciones hipotéticas o problemas en los que hay elementos que no están concretamente presentes. Resuelven con bastante facilidad problemas que implican relaciones entre pares de objetos, pero todavía no coordinan las operaciones lo suficientemente bien como para resolver problemas de muchas relaciones.

La maduración es algo básico en el sentido de que el desarrollo intelectual no podría darse sin ella. Pero el mismo crecimiento intelectual, una vez que están presentes las estructuras físicas y fisiológicas, depende de la experiencia que tienen los niños con el mundo que los rodea por medio de sus interacciones intelectuales con él (Piaget, 1980).

Estas operaciones son concretas porque el niño es capaz de realizarlas solamente con objetos concretos, no pudiendo todavía valerse de símbolos (Piaget, 1980).

Generalmente, los niños de siete a once años dependen en gran medida de las manifestaciones físicas de la realidad. No pueden manejar lo hipotético ni tampoco afrontar con eficacia lo abstracto; no comprenden el papel de los supuestos y no pueden resolver problemas que requieran el uso del razonamiento proporcional. Su uso de la lógica se limita a situaciones concretas (Piaget, 1985).

La principal limitación del niño en el estadio de las operaciones concretas es su dependencia de lo concreto. Sin embargo, es esta misma experiencia con lo concreto lo que permite desarrollar sus capacidades intelectuales de una forma plena (Piaget, 1985).

Las habilidades de conservación y las capacidades de clasificación, ordenación y resolución de problemas lógicos con objetos concretos no son simples productos de la maduración o la edad. Proviene únicamente de la asimilación y acomodación de experiencias pertinentes (Piaget, 1985).

Los objetos y las experiencias concretas son la base sobre la que se desarrollan las operaciones concretas, los cuales aseguran que el niño, en el momento preciso, superará las limitaciones cognitivas de este estadio y pasará al estadio final del desarrollo cognitivo: el estadio de las operaciones formales.

Etapa de Operaciones Formales (de los 11 años en adelante)

La última etapa del desarrollo cognoscitivo se logra después de los once ó doce años de edad, cuando el niño es capaz de manejar conceptos abstractos ajenos a su medio ambiente inmediato.

El desarrollo cualitativo alcanza un punto más alto en este estadio. Una vez dominadas las operaciones formales, sólo se reproduce un desarrollo cuantitativo. En otras palabras una vez que los niños han aprendido las operaciones precisas para resolver únicamente a cómo aplicar estas operaciones a nuevos problemas (Piaget, 1980).

Ésta es la última etapa propuesta por Piaget, la cual se ha mencionado de una manera muy breve, debido a que en el siguiente capítulo, se retomará de una manera mas completa y se hablará específicamente del desarrollo del adolescente.

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO SEGÚN ERIK ERIKSON.

Erikson propone que igual que las partes del cuerpo se desarrollan en formas interrelacionadas cuando se forma un organismo en el útero, la personalidad del individuo se forma al progresar el ego por una serie de etapas interrelacionadas. Todas estas etapas existen al principio de alguna forma; cada una tiene una fase crítica del desarrollo. Erikson describe estas etapas como dicotomías de cualidades deseables y de peligros. Para el desarrollo satisfactorio un niño necesita, establecer una proporción en que las cualidades positivas sean más que las negativas en cada etapa (Biheler, 1980).

Erikson basa su descripción del desarrollo de la personalidad en el principio epigenético en donde se menciona que la personalidad se forma al progresar el ego por una serie de etapas interrelacionadas. Todas las etapas existen al principio en alguna forma; y cada una tiene un periodo crítico en el desarrollo (Biheler, 1980).

La teoría del desarrollo psicosocial, formulada por Erikson, hace un seguimiento del desarrollo de la personalidad en el transcurso de la vida y destaca la influencia de la sociedad y la cultura sobre el ego en cada uno de los ocho periodos de edad en que divide la vida humana.

Erikson creía que los seres humanos enfrentan ocho crisis, conflictos o etapas psicosociales importantes en el transcurso de sus vidas. Cada conflicto surge en un momento distinto dictado por la maduración biológica y las demandas sociales que experimentan las personas en desarrollo, en puntos particulares de sus vidas. Cada crisis debe resolverse con éxito a fin de prepararse para una resolución satisfactoria de la siguiente crisis vital (Shaffer, 2000).

1. Confianza Básica contra Desconfianza
2. Autonomía contra Vergüenza y Duda.
3. Iniciativa contra Culpa.
4. Laboriosidad contra Inferioridad.
5. Identidad contra Confusión del Papel o de Roles.
6. Intimidad contra Aislamiento
7. Generatividad contra Autoabsorción o Estancamiento.
8. Integridad del Yo contra Desesperación.

Confianza Básica contra Desconfianza (del nacimiento a 18 meses).

Los bebés desarrollan un sentido de qué tan confiables son las personas y los objetos en su mundo La consistencia, continuidad e igualdad de la experiencia producen la confianza. La atención inadecuada, inconsistente o negativa, pueden causar desconfianza.

Necesitan desarrollar el equilibrio justo entre la confianza y la desconfianza. Si las escalas pesan más del lado de la confianza lo que es favorable según Erikson los niños desarrollan lo que él llama la virtud de la esperanza: la creencia de que pueden satisfacer sus necesidades y obtener sus deseos. Si predomina la desconfianza, los niños verán el mundo como hostil e imprescindible y tendrán problemas al establecer relaciones íntimas. Erikson (1993) enfatiza en: " La situación de la alimentación como un escenario en el que la madre establece la mezcla correcta de confianza y desconfianza" (Papalia, 1997).

Autonomía contra Vergüenza y Duda (18 meses a 3 años).

Las oportunidades de probar las aptitudes al ritmo propio y en la forma propia conducen a la autonomía. La sobreprotección o falta de apoyo pueden conducir a la duda sobre la aptitud de controlarse así mismo o al ambiente.

En esta crisis los niños necesitan lograr el equilibrio justo entre la autonomía o autocontrol y el control externo. Necesitan aprender lo que pueden y deben hacer, lo que es seguro de hacer y qué clase de guía necesitan aún de sus padres. En esta etapa los niños aprenden a hacer sus propias escogencias y decisiones, a ejercitar la autorrestricción y seguir sus propios intereses (Papalia, 1997).

La maduración juega un papel importante a medida que los niños utilizan los músculos para hacer cosas por sí mismos, caminar, alimentarse y vestirse solos y ejercer autocontrol (Papalia, 1997).

Para lograr autonomía, necesitan suficiente control y guía por parte de los adultos. Demasiada o muy poca ayuda puede volverlos compulsivos al controlarse a sí mismos. El miedo de perder el autocontrol puede inhibir la autoexpresión, crearles la duda con respecto a sí mismos, avergonzarlos y sufrir de pérdida de la autoestima (Papalia, 1997).

El entrenamiento para ir al baño es un logro importante en el aprendizaje de control y de autodeterminación; así mismo lo es el lenguaje, a medida que los niños aprenden a expresar sus deseos, se vuelven más capaces y más independientes (Papalia, 1997).

Iniciativa contra Culpa (4 a 5 años).

La libertad para dedicarse a actividades y las respuestas pacientes de los padres a las preguntas, conducen a la iniciativa. Las restricciones a las actividades y tratar las preguntas como si fueran molestias, llevan a la culpa.

Esta crisis marca una división entre la parte de la personalidad que permanece niño, lleno de alegría y de deseo de probar cosas nuevas y ensayar nuevos poderes, y la parte que se está volviendo adulta, que examina en forma constante la conveniencia de motivos y acciones. Los niños que aprenden a regular estos propósitos conflictivos desarrollan la virtud de propósito, el valor de prever y perseguir metas, sin estar inhibidos por la culpa o el miedo al castigo (Papalia, 1997).

Erikson afirma que si la crisis no se resuelve de manera adecuada, el niño puede convertirse en un adulto que sufre enfermedades psicosomáticas, inhibición o impotencia; que alardea para compensar sus carencias o se muestra hipócrita e intolerante, ocupado más en los impulsos que prohíben que en la espontaneidad que alegra (Papalia, 1997).

Laboriosidad contra Inferioridad (6 a 11 años).

Si se permite que el niño haga cosas y se le alaba por sus éxitos se produce laboriosidad. La limitación de las actividades y la crítica de lo que ha hecho, fomentan la inferioridad.

Erikson, ve la infancia intermedia como un tiempo de relativa calma emocional, en la que los niños pueden asistir al colegio y aprender las habilidades que su medio cultural exige (Papalia, 1997).

Los niños en todas las culturas tienen que aprender las habilidades que necesitan para sobrevivir, la especificación depende de lo que es importante en una sociedad. Estos esfuerzos por lograr habilidad pueden ayudar a los niños a formarse un concepto positivo de sí mismo (Papalia, 1997).

Las etapas o crisis psicosociales de Erikson que continúan, se mencionarán de manera muy breve, debido a que la finalidad de este capítulo únicamente es la infancia; sin embargo, en el siguiente capítulo preparado para el desarrollo del adolescente, se ampliarán dichas etapas.

Identidad contra Confusión de Roles (11 a 20 años).

Esta es la encrucijada entre la infancia y la madurez. El adolescente intenta resolver el interrogante “¿Quién soy?”. Los adolescentes deben establecer identidades sociales y ocupaciones básicas o permanecerán confusos acerca de los roles que desempeñarán como adultos. El agente social clave es la sociedad de pares.

Intimidad contra Aislamiento (20 a 40 años).

La tarea primordial en esta etapa es formar amistades fuertes y lograr un sentido de amor y compañerismo (o una identidad compartida) con otra persona. Es probable que experimenten sentimientos de soledad y aislamiento como resultado de una incapacidad para formar amistades o una relación íntima. Los agentes sociales clave son novios, cónyuges y amigos íntimos (de ambos sexos).

Generatividad contra Estancamiento (40 a 65 años).

En esta etapa, los adultos enfrentan las tareas de incrementar su productividad en su trabajo y educar a sus familias u ocuparse de otro modo de las necesidades de los jóvenes. Estas normas de "generatividad" son definidas por cada cultura. Aquellos que son incapaces o que no están dispuestos a asumir estas responsabilidades se estancan y/o caen en el egocentrismo. Los agentes sociales significativos son el cónyuge, los hijos y las normas culturales.

Integridad del yo contra Desesperación (vejez).

El adulto mayor mira la vida en retrospectiva, viéndola ya sea como una experiencia significativa, productiva y feliz o una decepción importante llena de promesas sin cumplir y metas sin realizar. Las experiencias propias, en particular las experiencias sociales, determinan el resultado de esta crisis final de la vida.

CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA.

GÉNESIS DE LA ADOLESCENCIA.

A través de todos los momentos que ha atravesado la humanidad, así como de los diversos pueblos existentes, el periodo de la adolescencia ha sido motivo de interés y controversia, siendo éste un periodo de desarrollo que difícilmente podía pasar desapercibido. Los pueblos primitivos han tenido una comprensión muy viva de la importancia de la pubertad.

Existen contrastes en lo que se refiere a la percepción del adolescente, los cuales varían de acuerdo al lugar geográfico, al momento histórico, al desarrollo económico, las creencias religiosas y la situación política que impera en cada sociedad.

De manera interesante, muchas de las culturas del mundo no tienen un concepto de adolescencia como una fase distinta de la vida (Shaffer, 2000).

En Grecia, la institución del “efebado” era utilizado con el fin de preparar al adolescente para ingresar a la ciudadanía. Era preparado en política, literatura, música, gimnasia, etc. A los 18 años tornábase efebo y era investido de las armas. Esparta acentuaba la preparación militar, ejercitando principalmente las condiciones físicas y las energías morales (Carneiro, 1982).

Entre los romanos, a los catorce años vestía el mozo la toga viril, se les enseñaba la obediencia a los jefes, independencia a la sumisión materna, bravura en la lucha, observancia de las costumbres y del código moral y la libertad en las relaciones político-sociales (Carneiro, 1982).

En el Imperio, fue mantenido el límite de la pubertad para el hombre en los 14 años, y el de la mujer, en los 12 (Carneiro, 1982).

Durante la Edad Media, a los 12 años los varones se apartaban de la dirección femenina e iban a servir a un señor como escuderos. Durante ese aprendizaje hacían todos los menesteres comunes a los pajes (Carneiro, 1982).

Al llegar a los 21 años eran armados caballeros en una ceremonia pomposa. El señor encargado de conferir el grado de caballero, formulaba al novicio ciertas preguntas; mas tarde, se le entregaban al joven un casco, un escudo, una lanza y un caballo, sobre el cual el iniciado debía galopar por la vecindad para hacer conocer su nueva situación (Carneiro, 1982).

Los esquimales, tan sólo distinguen a los niños de los hombres (o a las niñas de las mujeres), siguiendo la tradición de muchas sociedades anteriores a la alfabetización de que la transición a la edad adulta ocurre en la pubertad. Y, sin embargo, las descripciones del ciclo vital de otras culturas son mucho más intrincadas que las nuestras. Los arasha de África Oriental, por ejemplo, tienen al menos seis estratos de edades significativas para los hombres: jóvenes, guerreros inferiores, guerreros superiores, ancianos inferiores, ancianos superiores y ancianos retirados (Shaffer, 2000).

En las diferentes culturas antiguas era tradición que la joven aprendiera de los misterios religiosos, la maternidad, la cría y la educación de los niños, etc. En lo referente a los varones, celebraban solemnidades y distintos ritos significativos. Se realizaba una especie de división social del trabajo, la cual era determinada al llegar un nuevo periodo de desarrollo; dicha división se realizaba de acuerdo al sexo del individuo (Carneiro, 1982).

Con las diferentes prácticas de iniciación, los pueblos primitivos marcan el fin de la infancia y el principio de la pubertad. En unos, tal iniciación se realiza mediante pruebas de resistencia al sufrimiento físico y moral, lo cual en ocasiones implica sacrificar físicamente el cuerpo, con sufrimientos inhumanos para demostrar que se está preparado (entre los que se encuentran los melanesios, los cafres, los papúes, los etíopes, los caribes, los pieles rojas, etc.). En otros no existen sacrificios, sino solo ceremonias de regocijo por el advenimiento de los jóvenes a la vida activa de la comunidad (como en algunas tribus de Brasil).

Entre los incas, en el Perú, las ceremonias eran prolongadas y dirigidas por los más viejos e ilustres. Los muchachos hacían ejercicios atléticos para mostrar agilidad y resistencia, ayuno, para probar energía física y moral, luchas simuladas para evidenciar iniciativa y espíritu combativo (Carneiro, 1982).

Las pruebas se prolongan treinta días, en los cuales los examinados dormían en el suelo, caminaban descalzos y vestían ropas miserables. Hasta que llegado el momento el Emperador horadábales perforaba las orejas con un estilete de oro, colocándoles los pendientes de la orden de los incas. Terminada la ceremonia y calzadas las sandalias, quedaban consagrados caballeros y entraban en la comunión social, como miembros de la vida pública (Carneiro, 1982).

Con los mayas, las ceremonias con las que se señalaba la pubertad eran realizadas en estado de purificación, en donde formaban parte sacerdotes, padrinos, padres y coadyuvantes, teniéndose que abstener de relaciones sexuales desde 72 horas antes (Carneiro, 1982).

Una vez terminada la ceremonia, los padrinos, retiraban las cuentas blancas de la cabeza de los jóvenes y las madres la concha roja que desde los primeros días de la vida adornaba el peinado de las niñas en señal de virginidad y pureza. A partir de entonces, los jóvenes de ambos sexos se podían casar (Carneiro, 1982).

Entre los aztecas, los dioses precedían los destinos de los hombres en la Tierra. Cuando nacía un hijo, el sacerdote examinaba el libro del destino, para averiguar si era un día fasto o nefasto. Cuando el hijo era varón se le colocaban en las manos armas y utensilios usados por hombres; si era niña, instrumentos de trabajos femeninos (Carneiro, 1982).

A los quince años, y aún antes, los mozos se sometían a ejercicios especiales para la obtención de los derechos de la mayoría de edad; pero sólo se podían casar a los veinte años; las mozas podían hacerlo aproximadamente a los dieciséis años (Carneiro, 1982).

Aunque las ceremonias de iniciación del individuo en el grupo estuvieran siempre preescritas en todos los pueblos antes mencionados, para una época de la vida más o menos análoga, no se puede decir que haya una edad cronológica rigurosamente ideal para la aparición de la pubertad en todos los individuos (Carneiro, 1982).

El hecho de que la edad no tenga el mismo significado en todas las épocas y culturas, refleja que el desarrollo humano en un contexto histórico o cultural, es susceptible de diferir de forma considerable, de lo observado en otras épocas y ámbitos culturales. Aparte de nuestro vínculo biológico con la raza humana, en gran medida somos producto de los tiempos y lugares en los que vivimos (Shaffer, 2000).

Sin embargo, como podemos observar, la adolescencia al ser un fenómeno bio-psico-social ha requerido atención especial en la mayor parte de las culturas, si no es que en todas ellas; ya que el adolescente se encuentra entre dos etapas, la infancia y la adultez, de forma que no está ni en la una ni en la otra, no son ya los niños que eran pero tampoco pueden acceder al mundo adulto, ya que la sociedad y la familia no los reconoce como tales.

Dada la necesidad de adquirir una nueva identidad, en un periodo de acoplamiento a las nuevas responsabilidades exigidas por el mundo, les son transmitidos diversos “mensajes culturales” que indican lo que se espera de cada sujeto, por lo que en cada sociedad cuidan y acompañan a los adolescentes para ayudarlos a enfrentar este proceso de cambio de acuerdo a las diferentes reglas, leyes, costumbres y prácticas que sirven para mantener un sistema de valores y para guiar la vida de los miembros de la cultura.

DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA.

Si comparamos las conductas de niños y jóvenes nos damos cuenta rápidamente de que durante un periodo que podemos situar entre los doce y los quince años aproximadamente (y con el riesgo de fijar arbitrariamente ciertos límites), se producen varios cambios profundos en los sujetos que se manifiestan en todo lo que hacen. Los niños y niñas dejan de serlo para pasar a convertirse en adolescentes. Esos cambios son tanto físicos como psicológicos y sociales.

Por decirlo brevemente y de una manera muy esquemática, desde el punto de vista físico se observa una gran aceleración del crecimiento, pero también cambios en la forma del cuerpo; desde el punto de vista psicológico, una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida, que va unida a capacidades intelectuales muy superiores y a un gusto por lo abstracto y por el pensamiento; desde el punto de vista social, el establecimiento de unas relaciones distintas con el grupo de los coetáneos y con los adultos, y la búsqueda de un lugar propio en la sociedad (Papalia, 1997).

El desarrollo biológico y la necesidad en que se ve el individuo de adaptarse a los mismos dan a la adolescencia algunas características universales y la separan de períodos anteriores al desarrollo. Por otra parte, la cultura determina si el período de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan sólo una transición gradual desde etapas anteriores al desarrollo; y, ciertamente, el que se la reconozca explícitamente o no como una etapa aparte; claramente perfilada, del desarrollo en el transcurso de la vida (Sánchez, 1982).

Desde hace mucho tiempo, la adolescencia se ha venido considerando como un periodo del desarrollo más difícil que el de los años de la niñez media. Sin embargo, el concepto de adolescencia como etapa psicológicamente compleja, digna de estudio científico, no apareció sino a fines del siglo XIX y recibió nuevo impulso gracias a la obra precursora de Stanley y Hall a principios del siglo XX (Sánchez, 1982).

Stanley y Hall (1969) mencionan que la adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completos; las cualidades del cuerpo y el espíritu son más nuevas; el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El aumento proporcional de cada año aumenta, siendo muchas veces doble del que correspondería y aun más; surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes (Carneiro, 1982).

La adolescencia lleva una gran cantidad de cambios, se produce una gran expansión de la vida emocional, cuando el adolescente amplía sus actividades en busca de nuevas experiencias y conocimientos, pero al mismo tiempo adopta una actitud defensiva contra las posibles consecuencias. Durante este periodo, el hogar se convierte a menudo, en una especie de presión y empieza a parecer restrictivo (Horrocks, 1986).

Es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella, la apariencia de los jóvenes cambia como resultado de los acontecimientos hormonales. Su pensamiento cambia a medida que desarrollan la habilidad de hacer abstracciones. Sus sentimientos cambian acerca de casi todo. Todas las áreas del desarrollo convergen cuando los adolescentes confrontan su tarea primordial: el establecimiento de la identidad de adulto (Papalia, 1997).

Durante la búsqueda de la propia identidad, los adolescentes se formulan diferentes criterios de vida, los cuales no siempre resultan acertados, pues muchas veces son rechazados los valores que consideran como una imposición de la familia y la sociedad.

Peter Blos refiere que la adolescencia es la suma total de todos los intentos por adaptarse a la etapa de la pubertad a condiciones nuevas internas y externas que confronta el individuo. El enfrentarse a la pubertad origina que se pongan en movimiento patrones reactivos anteriores (excitación, tensión, gratificación y defensa). Debido a lo antes mencionado es que el adolescente se muestra regresivo (por la mezcla infantil de conducta) primero se deben resolver los conflictos de la niñez temprana, en la adolescencia se recapitulan antes de encontrar nuevas metas instintivas y que cualitativamente son diferentes (Mancilla, 2001).

Esta etapa del ciclo vital tiene características particulares que la diferencian de cualesquiera de las demás, por la enorme carga de deseos y aspiraciones, cambios del estado de ánimo, remoción de valores, producción de una nueva concepción del mundo interior y exterior, diferente enfrentamiento con los principios éticos, religiosos y sociales, nueva valorización del pasado y sobretodo del futuro, que colocan al individuo en una situación calificada por muchos como crítica, profunda y larga (Del Bosque et al, 2004).

Contamos con múltiples definiciones de la palabra adolescencia, lo cual nos permite observar que aun cuando se ha avanzado en la ruta del descubrimiento del mundo de los adolescentes, todavía queda mucho que recorrer, en tales circunstancias se comprende que no se ha llegado a una definición simple, sintética y exacta de la adolescencia, como en el caso de la niñez, teniendo claridad en que no se llega a un acuerdo del periodo de la adolescencia, manejando diferentes rubros de edad hasta el momento (Ballesteros, 1976).

Dada la situación anterior, únicamente se tomaran como base en la presente investigación las definiciones de adolescencia antes mencionadas.

POSTURAS ACERCA DEL DESARROLLO NORMAL DE LA ADOLESCENCIA.

Es muy importante tener en cuenta que las etapas del desarrollo propuestas varían en cada autor y, que además las edades en las que fluctúan cada una de las etapas propuestas difieren de un individuo a otro, ya que influyen en ellos el ambiente en el que se desenvuelven, ya sea social, cultural, económico, religioso, etc., lo cual cambia el proceso de desarrollo, haciéndolo en algunas ocasiones precoz mientras que en otras demasiado lento.

En términos generales es necesario admitir que no todos los autores están de acuerdo con el vocabulario a emplear al referirnos a estos periodos de la vida, ya que es común el empleo a la ligera de las palabras latencia, pubertad, adolescencia y juventud, etc., empleándose, incluso, de forma incorrecta.

Autores como Freud, Piaget y Erikson, nos hablan acerca de diferentes periodos, fases o estadios que envuelven el desarrollo del ser humano. En el capítulo anterior, nos ocupamos en describir las primeras etapas del desarrollo que abarcan desde el nacimiento a la infancia y, a continuación explicaremos y ampliaremos aquellas que se refieren al desarrollo de la adolescencia y que simplemente fueron mencionadas con anterioridad.

EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA SEGÚN SIGMUND FREUD

Freud propuso que los seres humanos nacemos con una energía instintiva básica, la libido. Esta energía básica se caracteriza por tener un fuerte componente sexual. Definió "sexual" como algo que incluye muchos tipos de sensaciones agradables, no únicamente las que se refieren a los órganos genitales. La libido se mueve y fluye constantemente y la conducta de un individuo está determinada por la forma en que está distribuida. A veces, la energía libidinal puede concentrarse en una parte del cuerpo de la persona; otras veces está ligada a otra persona o a un determinado objeto; a veces en bloque y se acumula. La clave para entender la conducta, sugirió Freud, consiste en determinar cómo se gasta la energía libidinal (Biehler, 1980).

Así llegó a convencerse de que la energía libidinal podía concentrarse probablemente en diferentes partes del cuerpo a diferentes edades. Con el tiempo formuló una descripción detallada de las fases del desarrollo libidinal o psicosexual, la cuál incluye la etapa oral, anal, fálica y un periodo de latencia, mismos que corresponden al desarrollo a partir del nacimiento hasta la infancia y que ya han sido descritos en el capítulo anterior. La última etapa del desarrollo psicosexual que plantea Freud es la etapa genital, la cuál corresponde al desarrollo de la adolescencia, misma que será descrita a continuación.

Etapa Genital.

Con lo que respecta a la adolescencia propiamente Freud habla de la Etapa Genital, en donde se da una marcada separación entre niños y niñas, y de la mutua rivalidad. Es también el tiempo del comienzo de la rebelión frente a la autoridad y de la formación de grupos con intereses particulares, que incluso pueden ser el inicio de la delincuencia (Bayona et al, 1990).

Después de la interrupción del periodo de latencia, el instinto sexual comienza su evolución hacia el fin biológico de la reproducción. El adolescente comienza a sentirse atraído hacia miembros del sexo opuesto. Esta atracción culmina eventualmente en la unión sexual. La fase última del desarrollo es llamada etapa genital. La etapa genital se caracteriza por las elecciones objetales más que por el narcisismo (Hall, 1988).

La adolescencia, marca el final del periodo genital. En esta etapa se produce la elección del objeto amoroso y el aprendizaje de los sufrimientos que implica el enamoramiento. Este primer amor suele ser causa de un sentimiento apasionado que tiene una gran importancia en el desarrollo del adolescente (Bayona et al, 1990).

La adolescencia, reconsidera como la suma total de los intentos de adaptación a la etapa de la pubertad, al nuevo conjunto de condiciones internas y externas (endógenas y exógenas) a que se enfrenta el individuo. La necesidad urgente de superar la situación nueva de la pubertad, evoca todas las modalidades de excitación, la tensión, la gratificación y la defensa que intervinieron en los años anteriores, es decir, durante el desarrollo psicosexual de la lactancia y los años posteriores de la infancia. Esta mezcla infantil es responsable de las extravagancias y del carácter regresivo de la conducta adolescente; es la expresión típica de la lucha del adolescente por recuperar o retener un equilibrio psíquico que se ha alterado con la crisis de la pubertad (Biebler, 1980).

Es un periodo de socialización, actividades colectivas, matrimonio, establecimiento de un hogar y una familia, desarrollo de un interés serio en la profesión y otras responsabilidades.

El rol sexual con respecto a la masculinidad o a la feminidad, tal como resultan aceptables para la comunidad, es objeto de atención y, al mismo tiempo, favorecido o enfatizado por parte del ambiente (Bayona et al, 1990)

No se debe suponer, que la etapa genital desplaza a las etapas pregenitales. Antes bien, las catexias pregenitales se fusionan con las genitales. Los besos, las caricias y otras formas de hacer el amor que de costumbre forman parte del esquema seguido por las parejas, satisfacen impulsos pregenitales. Además, los desplazamientos, sublimaciones y otras transformaciones de las catexias pregenitales se convierten en partes de la estructura caracterológica permanente (Hall, 1988).

La madurez genital no implica aún la madurez mental, si bien, desde el punto de vista cognoscitivo, el pensamiento de halla potencialmente próximo a alcanzar su mayor grado de abstracción que ha de lograrse entre los 12 y los 16 años (Bayona et al, 1990).

El desarrollo psicosexual termina en la adolescencia, que podría ser la etapa genital, y en esta la satisfacción libidinal se concentra en los órganos genitales.

Freud sugirió que si un niño tiene una experiencia traumática, o una serie de experiencias desagradables o anormales durante una de las etapas del desarrollo, la energía libidinal se puede quedar fijada. Si hay fijación, la persona tiende a buscar la reducción de la tensión posteriormente en la vida, recurriendo a las formas de conducta que eran de mayor significado durante las etapas anteriores del desarrollo (Biebler, 1980).

Los cambios mayores en la personalidad ocurren durante las dos primeras décadas de vida. Ese es el periodo en el que una persona madura y aprende a superar o adaptarse a las frustraciones externas e internas y a las insuficiencias personales, a adquirir hábitos, habilidades y conocimiento, a evitar el dolor y prevenir la angustia, a alcanzar objetos-meta y asegurarse satisfacciones, a compensar las pérdidas y las privaciones y a resolver los conflictos. Hacia el final de este periodo, la personalidad por lo general ha adquirido cierto grado de constancia o equilibrio que persiste hasta que comienzan los procesos de deterioro de la vejez. Se dice que la organización y dinámica de la personalidad se han estabilizado (Hall, 1988).

EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA SEGÚN JEAN PIAGET

Etapa de operaciones formales.

La última etapa del desarrollo cognoscitivo se logra después de los once ó doce años de edad, cuando el niño es capaz de manejar conceptos abstractos ajenos a su medio ambiente inmediato. El desarrollo cualitativo alcanza un punto más alto en este estadio. Una vez dominadas las operaciones formales, sólo se reproduce un desarrollo cuantitativo (Piaget, 1980).

Existe, además, un egocentrismo intelectual propio de la adolescencia, el cual se manifiesta a través de la creencia en la reflexión todopoderosa, como si el mundo tuviera que someterse a los sistemas y no sistemas a la realidad. Es la edad metafísica por excelencia: el yo es lo bastante fuerte como para reconstruir el universo y lo bastante grande como para incorporarlo (Piaget, 1981).

Una de las consecuencias del egocentrismo propio de esta etapa es el idealismo frecuentemente poco realista del joven adolescente. El adolescente no solamente se esfuerza por adaptar su ego a este ambiente social, sino que con ese mismo empeño se esfuerza por adaptar el ambiente a su ego. Conforme a esto, suelen interesarse mucho por temas con respecto a la reforma política, religiosa o educativa y proponer ideas algún tanto egocéntricas como soluciones a los problemas de estas áreas (Piaget, 1980).

Esta clase de temas obligan a los jóvenes a pensar en términos abstractos, ejercitando su esquema mental, ya sea aumentando, restringiendo y, en todo caso, cambiando su perspectiva del mundo.

El adolescente se prepara para insertarse a la sociedad de los adultos, por medio de proyectos, de programas de vida, de sistemas a menudo teóricos, de planes de reformas políticas o sociales. En una palabra por el pensamiento y podríamos decir incluso, por la imaginación (Piaget, 1981).

En esta etapa la persona puede considerar simultáneamente múltiples aspectos o propiedades de un problema. Ahora las relaciones lógicas se comprenden sin que para ello sea necesaria la experiencia perceptiva. La abstracción reflexiva ha ayudado al tránsito de la inteligencia concreta a la inteligencia formal (Piaget, 1981).

El pensamiento formal es, hipotético-deductivo, es decir, que es capaz de deducir las conclusiones que hay que sacar de hipótesis, y no solo de una observación real. No solamente es capaz de efectuar los procedimientos hipotético-deductivos de la ciencia, la lógica y las matemáticas, sino que le cabe proponer toda clase de reformas morales y sociales. El hábito del adolescente de teorizar y criticar es, ciertamente una resaltante de esta nueva habilidad que ha descubierto y le hace darse cuenta de que el mundo puede funcionar de varias maneras distintas, algunas de las cuales quizá crea que son mejores que las actuales (Piaget, 1981).

En el estadio de las operaciones formales el niño también puede manejar supuestos. Los supuestos son enunciados que se supone representa la realidad, pero sobre los cuales no se proporciona evidencia alguna (Piaget, 1981).

El niño de 12 a 15 años razona abstractamente porque puede conceptualizar posibles transformaciones y sus resultados, y puede hacerlo de modo sistemático y lógicamente exhaustivo. Por esto es que el pensamiento formal logra entender la ciencia y la matemática (Piaget, 1985).

La lógica que ahora posee el adolescente le permite reconstruir en su mente el mundo. Su avance desde lo posible hasta lo empíricamente real es la propiedad más distintiva del pensamiento formal. Su idealismo es su creencia en la omnipotencia de su reflexión es como si el adolescente estuviera intoxicado por la lógica, de allí que la adolescencia sea la edad metafísica por excelencia (Piaget, 1981).

La principal manera en que la lógica del adolescente, que se encuentra en etapa de operaciones formales, difiere de la lógica de la etapa anterior, la de operaciones concretas, es que el adolescente presta atención a la forma como al contenido de un argumento, de un experimento, un silogismo o una proposición.

El razonamiento del preadolescente está aun determinado por el contenido específico de un argumento o problema concreto, mientras que el adolescente ya puede manejar sus aspectos estructurales. El adolescente puede razonar acerca de su propio razonamiento.

Sin embargo, el adolescente, es capaz de proponer operaciones que resuelvan el problema, apelando a todas las posibilidades, no solamente a los ejemplos concretos que tiene delante. Además puede manipular lógicamente las dimensiones que interesen aquí, es decir el peso y volumen, llegando así a la noción de densidad. Este entendimiento de dichas relaciones es el nuevo descubrimiento del adolescente de operaciones formales, que le otorga el poder de formular hipótesis y de someterlas a prueba. Además, el adolescente suele seguir adelante y comprobar espontáneamente sus hipótesis con otros objetos distintos, mientras que el niño de operaciones concretas raras veces percibe la necesidad de dicha "prueba" (Piaget, 1985).

Es muy importante recordar que las operaciones formales se pueden referir tanto a una etapa de razonamiento como a un estilo de razonamiento. Como estilo de razonamiento, las operaciones formales connotan un método óptimo. En cualquier ocasión concreta, un adolescente concreto podrá o no podrá recurrir a la lógica formal. Cosas como la cantidad de experiencia previa que dicho adolescente haya tenido con ese tipo de problemas, el tipo de problemas que ahora tiene delante el adolescente, su estado de lucidez o de fatiga y sus aptitudes intelectuales en general, serán variables muy importantes que determinarán que el adolescente aplique o no la lógica (Piaget, 1985).

En otras palabras, no todos los adolescentes aprovechan ese tipo de razonamiento, y probablemente no hay ningún adolescente que lo aproveche plenamente. Muchos de ellos no llegan a aplicar el pensamiento operacional formal a los problemas cotidianos que enfrentan.

Es poco probable que, en particular, los adolescentes mas jóvenes sean objetivos sobre aspectos que se relacionan con ellos mismos y que hayan logrado ya una comprensión profunda de las dificultades relacionadas con el juicio moral.

Durante la adolescencia, el individuo puede tratar sus propias operaciones mentales como objeto de consideración intelectual. Puede someter a consideración no solamente las percepciones de otros sino también sus propias operaciones lógicas. Así pueden pensar sobre sí mismo como lo harían otros, es decir considerarse a sí mismo como el objeto de las percepciones y pensamientos de los demás (Papalia, 1997).

El logro de las operaciones formales da a los adolescentes una nueva manera para manipular u operar información.

El adolescente tiene sus poderes mentales multiplicados; pasa a construir sistemas y teorías sobre el mundo y su transformación. Algunos escriben diarios, poesías, cuento etc, pero normalmente no muestran lo que escriben. Piensan, reflexionan, discuten, cambian ideas, etc.

La habilidad para efectuar operaciones lógicas parece desarrollarse de manera progresiva en las personas en proceso de crecimiento. Al llegar la persona a los 12 ó 13 años, su habilidad para pensar lógicamente está desarrollada en su totalidad. Sin embargo del hecho de que sea capaz de efectuar todas las operaciones lógicas posibles, no se deduce que pueda realizarlas de una manera adecuada o que alguna vez lo hará. Todo lo que cabe decir es que tiene capacidad para llevarlas a cabo, si se le enseñan correctamente.

Los tipos de problemas que los niños pueden solucionar y los procedimientos que utilizan al resolverlos diferencian claramente al niño que se halla en el estadio de las operaciones concretas del niño que se encuentra en el de las operaciones formales. Sin embargo, la repetición de actos y la imitación de otras personas ya no son características distintivas importantes.

Los chicos que están en el estadio de las operaciones formales pueden hacerse cada vez menos egocéntricos a medida que van considerando más claramente los muchos factores que están implicados en las situaciones complejas. Estos niños pueden, por lo tanto pensar con mayor facilidad en distintos resultados y posibilidades (Piaget, 1980).

EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA SEGÚN ERIK ERIKSON

Identidad contra confusión del papel (11 a 20 años).

De acuerdo con Erikson, la teoría psicosocial principal de la adolescencia es el logro de la Identidad contra Confusión del papel (12 a 18 años), en donde el reconocimiento de la continuidad y la igualdad en la personalidad, aun en diferentes situaciones y ante reacciones de diferentes individuos, fomenta la identidad, la cual tiene muchos componentes: sexual, social, vocacional, moral, ideológico y psicológico. Algunos aspectos de la identidad se forman más fácilmente que otros (Papalia et al, 2001).

La adolescencia es un periodo de moratoria psicosocial en el que el individuo puede ensayar varios roles. Cuando el adolescente fracasa en la búsqueda de identidad y hay incapacidad de lograr la estabilidad (especialmente en los papeles relacionados con el sexo y la ocupación) experimentará duda, difusión y confusión de rol.

Para formar una identidad el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona y ayuda a adaptarlos a las demandas de la sociedad. La búsqueda de la identidad viene a enfocarse durante la adolescencia y persiste a través de la vida, aunque es más insistente en algunas épocas que en otras (Papalia, 1997).

Con base en su propia vida y su investigación con adolescentes en varias sociedades, Erikson concluyó que el aspecto crucial de la búsqueda de la identidad es decidir una carrera.

La búsqueda de la identidad es un viaje de toda la vida, que empieza en la adolescencia. Este esfuerzo de darle sentido a sí mismo y al mundo no es una especie de maduración de un malestar, es en su lugar un proceso vital sano que contribuye a la fortaleza del yo del adulto. Los conflictos en esta lucha estimulan el crecimiento y el desarrollo personal.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ADOLESCENTE

Se enlistan una serie de fenómenos que mantienen en constante tensión y movimiento a los sujetos que se encuentran en esta etapa y que van dirigidos a que éstos obtengan los principales logros de esta época de la vida, a saber: la consolidación de la identidad, el cambio de relación con los padres y mayor autonomía en todos los niveles (Del Bosque et al, 2004).

Dichos fenómenos del síndrome de la adolescencia normal son: Búsqueda de sí mismo y de la identidad, Tendencia grupal, Necesidad de intelectualizar y fantasear, Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso, Desubicación temporal, Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, Actitud social reivindicadora con tendencias antisociales de diversa identidad, Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de la vida, Una separación progresiva de los padres, Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo (Aberasturi y Knobel, 1999):

1. Búsqueda de sí mismo, consolidación de la identidad y desarrollo de una nueva imagen corporal.

En la etapa de la adolescencia, el ser humano experimenta cambios de gran intensidad, sufre angustias ante dilemas físicos, psicológicos, familiares y sociales, y descubre en él capacidades que antes eran inalcanzables. (Chagoya, 1976).

Los cambios que se dan en la pubertad, exponen a la mente adolescente a un gran esfuerzo de adaptación ante un nuevo cuerpo, el impulso sexual, las exigencias morales y sociales del medio y la inestabilidad yoica, llevando con ello a la inadaptación a la familia, el medio y a su propio cuerpo (Del Bosque et al, 2004).

Como se menciona con anterioridad, entre los cambios físicos, podemos mencionar la aparición de la menstruación y la eyaculación, el cambio de forma, aspecto y tamaño de los genitales, etc. (Chagoya, 1976).

La angustia ante estos cambios físicos surge de la variación tan rápida de la imagen corporal, ya que los jóvenes de ambos sexos se encuentran de pronto poseedores de extremidades de nuevo tamaño, senos con nuevo volumen, miembros con nueva fuerza y caderas con nuevo peso (Chagoya, 1976).

Con los cambios corporales originados, se rompe el equilibrio más o menos estable que se había logrado durante la infancia, dándose una crisis que implica la búsqueda de una nueva identidad.

Independientemente de los logros que el adolescente sienta, siempre hay insatisfacciones respecto a la imagen corporal, un gran temor a la burla, y una sensación de inferioridad al compararse con el ideal, generalmente tomado de un ídolo popular (Chagoya, 1976).

La consecuencia final de la adolescencia es el conocimiento del sí mismo como entidad, para lo que requiere un proceso de duelo hacia la pérdida de la identidad infantil, del cuerpo infantil y de los padres de la infancia, que se caracterizará sobretodo, por el cambio de relación de individuo fundamentalmente con sus padres (Del Bosque et al, 2004).

A lo largo de este periodo el adolescente tiene que pasar por diferentes momentos:

En la adolescencia temprana, ante la ola de cambios y desajustes físicos, los chicos pierden la seguridad infantil y los invade una sensación de incertidumbre y despersonalización que provoca inseguridad, angustia e inquietud (Del Bosque et al, 2004).

La identidad lleva consigo la identificación y por tanto a la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, aunque estas no siempre sean figuras positivas (Del Bosque et al, 2004).

Repentinamente los jóvenes se sienten obligados a aprender a aceptar un cuerpo que ni siquiera pueden controlar y frente a ello pueden reaccionar de diversas maneras, ya sea negando lo que está sucediendo y asíndose a intereses y formas sociales infantiles; o por otro lado, sentirse bien con sus nuevas potencialidades, o como ocurre más frecuentemente, reaccionar con una mezcla de angustia y euforia, de aceptación de lo que ha acumulado a lo largo de su infancia junto con un impulso para dominar habilidades que, de ser pasivas se convierten en activas (Del Bosque et al, 2004).

En la adolescencia media se inicia la separación psicológica de la familia, fenómeno que se ve posibilitado por la relación con grupos fuera del núcleo familiar, con lo que se favorece el proceso de conformación de la identidad (Del Bosque et al, 2004).

El adolescente trata de mejorar a partir de cambiar o distorsionar su apariencia, ya sea con peinados, maquillajes, ropa, subiendo o bajando de peso, estar a la moda, en fin, hacer cosas que resulten “in”, o “cool” para el grupo, y es a través de este escenario en donde los chicos pueden reorganizar la representación corporal y el significado de su relación con los otros, ya que si la experimentación no llega demasiado lejos, le permite a él o la joven, tomar la responsabilidad de su propio cuerpo, posesionarse del sí mismo con nueva forma, nuevo olor y nuevos modos (Del Bosque et al, 2004).

Además aparece una característica frecuente de este periodo: “el adolescente camaleónico” que adquiere y pasa por numerosas identidades y junto con ello se desprende de los aspectos que ya resultan inútiles para entonces poder integrar los nuevos (Del Bosque et al, 2004).

En la adolescencia tardía se consolida la identidad, las dificultades que el adolescente tiene que enfrentar en esta época giran finalmente en torno a la identidad, para lo cual necesita asumirse como persona, así como integrar los cambios corporales, aceptar el estatus familiar y social, definir un rol, responsabilizarse por su sexualidad e incorporarse de lleno a la vida social de su entorno, así como poder elegir una vocación y contemplar el futuro como un conjunto de metas a lograr (Del Bosque et al, 2004).

Blos describe la adolescencia como una segunda individuación, ya que implica un nuevo romper los lazos infantiles con los objetos infantiles. La primera individuación corresponde al momento en que el niño pequeño se diferencia de su madre. Para que se vaya solucionando esta etapa, es necesario que el amor que el niño o adolescente buscaba en sus padres vaya siendo remplazado por un amor de su propio ser, o de sus propias posibilidades de logro (Chagoya, 1976).

La regresión del adolescente, la reaparición en la adolescencia de necesidades infantiles intensas de dependencia y deseo de fusión con los padres, no sólo es inevitable, sino que es obligatoria para un buen desarrollo (Chagoya, 1976).

Para lograr definir el nuevo papel en el mundo y lograr independencia se requieren permanentemente de ensayos, pérdidas y recuperaciones. Por lo que cuando existen dificultades para consolidar la identidad será difícil asumir el rol, el género, el estatus o al propio cuerpo, por lo tanto enfrentar las vicisitudes y demandas del medio; y entonces puede considerarse el riesgo de un trastorno.

Si en el camino para consolidar la identidad, las estrategias del adolescente, para enfrentarse a esta ola de cambios, fallan; si el medio es demasiado adverso, si la historia del individuo lo hace vulnerable y si no existe ningún factor que sirva como protector, entonces el adolescente está en riesgo de desarrollar una psicopatología (Del Bosque et al, 2004).

2. La tendencia grupal, independencia progresiva de los padres y actitud social reivindicatoria.

Como un comportamiento defensivo para encontrar seguridad y autoestima, el adolescente recurre a la búsqueda de uniformidad a partir del apego a un grupo (Del Bosque et al, 2004).

En la adolescencia temprana los chicos y chicas se aproximan a grupos conformados por un gran número de pares con reputaciones similares y roles estereotipados, que ya tienen una historia y un sistema de reglas, ello genera satisfacción, inquietud, angustia, y en ocasiones ello los lleva a cometer actos delictivos o a consumir drogas para poder ser aceptados en dichos grupos (Del Bosque et al, 2004).

La adolescencia media es el momento de efervescencia de esta tendencia grupal, ya que el grupo ejerce mayor influencia e incluso implica un soporte en la confrontación con los padres, que se incrementa a partir de los 15 años (Del Bosque et al, 2004).

Se observa la necesidad del adolescente de que los padres detengan al poder destructivo que podrían llegar a tener sus conductas, mediante la imposición de límites y por otro lado una petición infantil encubierta de interés y cuidado.

En la adolescencia tardía los chicos han consolidado su identidad lo suficiente como para poder imponer su propio conjunto de normas morales y a no dejarse influir más por un entorno de valores ajenos a ellos y tienden a involucrarse en relaciones más aceptables y buscar grupos más pequeños de pares que se asemejen en intereses, actividades, estatus y edad, de manera que las relaciones individuales cobran mayor importancia que el grupo (Del Bosque et al, 2004).

A pesar de que la conducta antisocial ha sido relacionada con altos niveles de andrógenos y por tanto con una prevalencia mayor en hombres, se ha encontrado que las niñas cuya menarca ha aparecido en edades tempranas, son más propensas que otras niñas a verse involucradas en conductas desaprobadas socialmente.

Con respecto a la actitud social reivindicatoria se puede decir que ésta, manifestada en forma de rebeldía, se hace indispensable al brindar la posibilidad para que el sujeto pueda ir conquistando espacio en el mundo de los adultos y desprenderse de situaciones infantiles, a través de identificaciones cruzadas y masivas que funcionan como defensa. Estas actitudes son la cristalización de lo que ha ocurrido en el pensamiento (Del Bosque et al, 2004).

En el adolescente persisten fuertes necesidades de dependencia, pero empieza a entender que sus padres no son las figuras omnipotentes y perfectas que él percibió o había querido percibir en su infancia (Chagoya, 1976).

Aquella imagen infantil e idealizada de los padres, había tenido como función hasta ese momento, brindar modelos deseables a seguir, tener seguridad al crecer, etc. Sin embargo, al llegar a esta etapa, se da la confrontación con la realidad, en donde los adolescentes no solo no verán aquellos ideales, sino que encontrarán mil defectos en ellos, siendo criticados, devaluados, mal vistos y duramente juzgados.

Uno de los logros finales de la adolescencia es la posibilidad de cambiar la relación con los padres, así como resolver el duelo hacia los padres de la infancia; dicho proceso se ve favorecido por los cambios biológicos que llevan a la genitalidad con capacidad procreativa, misma que posibilita la separación tanto por parte del adolescente como de sus padres.

La internalización de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, permitirá una buena separación y un desprendimiento que hará más fácil el pasaje a la madurez, de no ocurrir así, el sujeto se ve en la necesidad de buscar otras figuras identificatorias en donde perciba mayor consistencia, con lo que pueda buscar figuras negativas.

3. Evolución del pensamiento.

El pensamiento concreto cede su lugar cada vez más a las abstracciones y esta nueva capacidad también permite utilizar defensas más elaboradas como la intelectualización, el ascetismo y la fantasía (Del Bosque et al, 2004).

Comienza a aparecer el pensamiento abstracto en sus más altos niveles. Esto le permite discernir las diferentes posibilidades para manejar un problema antes de aplicar la acción a la realidad, así como le ayuda a desarrollar, por su mayor capacidad intelectual, sus intereses, habilidades, actividades, etc., aunque por un tiempo todo esto todavía rinda pocos frutos, ya que el joven sigue demasiado preocupado por él mismo (Chagoya, 1976).

Este avance, en ocasiones tiene ciertos peligros, debido a que los adolescentes manifiestan excesos de confianza en las nuevas capacidades mentales y una tendencia a dar gran importancia en sus propios pensamientos, no logrando entender que no todos van a tener sus mismos puntos de vista, lo cual los lleva a tener conflictos, al pensar que no son comprendidos.

En la adolescencia temprana, el chico siente impotencia al enfrentar esta realidad que se le impone de elaborar tantas pérdidas y la imperiosa necesidad de entender y adaptarse a un nuevo cuerpo, nuevos padres, etc., se ve impelido a huir a un mundo interior que le posibilite el reajuste emocional que necesita (Del Bosque et al, 2004).

Hacia el final de este periodo la fantasía comienza a ceder su lugar a las demandas de la realidad, la cual comienza a diferenciarse cada vez más de la realidad interior; y la imaginación ahora es utilizada en pro de la adaptación y los proyectos fantaseados pueden servir como motores para la acción del joven adulto. (Del Bosque et al, 2004).

Como consecuencia de los procesos de duelo y de la consecuente despersonalización, así como por las características del pensamiento adolescente, los jóvenes viven una cierta desubicación temporal y es precisamente en esta etapa que la dimensión temporal va adquiriendo características discriminativas, se empieza a diferenciar lo infantil de lo adulto, el presente del pasado y futuro, etc. (Del Bosque et al, 2004).

4. Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.

Aparece la primera menstruación y la primera eyaculación, así como muchos otros cambios físicos, ha llegado o está pronto a llegar el “primer beso bien dado”, la primera relación sexual, la primera cita e incluso el primer rechazo y los adolescentes se balancean entre la genitalidad que se está consolidando, el autoerotismo y la bisexualidad (Del Bosque et al, 2004).

La sexualidad en sí, es una cuestión muy confusa para los adolescentes de nuestra sociedad, ya que están vivenciando una parte del autoconocimiento, así como del conocimiento del otro, lo cual les crea incertidumbre. Sin embargo, a pesar de todas las angustias y conflictos por los que está viviendo el chico, sigue aumentando su interés por todo lo sexual, sobretodo por el sexo opuesto.

La sexualidad a menudo es vista como la suma de conductas sexuales y no como un proceso que acompaña al individuo a lo largo de su vida, que está íntimamente relacionado con los gustos, manera de ser, rol, autonomía y no solo se reduce a unas cuantas conductas evidentemente sexuales. (Del Bosque et al, 2004).

La sexualidad adolescente, producto de la interacción de factores biológicos y sociales, es una transición normal que forma parte del desarrollo adolescente, conformada por una serie de eventos que pueden resultar en una transición que involucra gran variedad de sentimientos, pensamientos y conductas, dependiendo del contexto y del factor subjetivo (Del Bosque et al, 2004).

5. Cambios en la conducta y el humor.

Una de las características del adolescente es la necesidad de control a través de convertir todo en acción, incluso el pensamiento, y es difícil que él mismo pueda mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, a pesar de que lo intente; de hecho, lo esperado es que las manifestaciones conductuales sean fluctuantes, mientras que lo atípico se relacionaría con la rigidez (Del Bosque et al, 2004).

Depresión y ansiedad, así como sentimientos de frustración, desaliento y aburrimiento acompañan el camino del adolescente, como consecuencia de los duelos por los que tiene que transitar. La elaboración de estos duelos determinará la intensidad de dichos sentimientos (Del Bosque et al, 2004).

La intensidad en las emociones es típica en la adolescencia y tiene que ver en parte con los umbrales de resistencia-tolerancia, aún cuando éstos no están estabilizados y eso hace que se viva plenamente lo que es percibido.

En esta etapa de la vida, la incipiente identidad infantil es insuficiente, por lo que los adolescentes tratan de suplirla como una identidad propia constituida con base a su identificación con sus contemporáneos. Esto los hace depender de sus juicios y tienden, incluso, a sobreidentificarse.

Así los adolescentes se introducen al mundo de los adultos con una identidad que se va fijando paulatinamente. Para los adolescentes es imprescindible separarse de sus padres para explorar y establecer relaciones extrafamiliares maduras que contribuyan al fortalecimiento de su identidad psicosexual, incluso como una demanda biológica con un fuerte matiz cultural. También para los padres, en ocasiones esta separación es problemática porque constituye una experiencia que demanda reajustes del equilibrio en el sistema familiar infantil. Esta circunstancia hace vulnerable a los adolescentes respecto a su entorno social más cercano como recurso de apoyo en la transición familia-amigos (González F, Andrade P, 1995).

Estudios realizados en la Isla de Wight, en Nueva Zelanda, Nueva York y Canadá, entre otros concuerdan con que la prevalencia de trastornos de salud mental en este periodo de la vida es de entre 14 y 20%, es decir, en uno de cada cinco adolescentes, el conflicto es serio, y ello está íntimamente relacionado con la manera en que se interrelacionan todos los factores en la vida de esos sujetos desde la infancia (Del Bosque et al, 2004).

Éste es un periodo en el que se incrementan notablemente la prevalencia de un amplio rango de trastornos de salud mental, como los trastornos del humor, trastornos alimentarios, suicidio y accidentes, así como conducta antisocial y uso y abuso de sustancias (Del Bosque et al, 2004).

La psicopatología clínica de la adolescencia debe proceder reconociendo los aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y contextuales como únicos y que definen la adolescencia como una etapa del desarrollo y aunque se ha logrado integrar la psicología clínica del adolescente en el terreno de la psicopatología del desarrollo, aún falta mucho con respecto a la integración del estudio de los fenómenos clínicos en la adolescencia, al conocimiento del desarrollo normal de este periodo e investigaciones de tipo longitudinal (Del Bosque et al, 2004).

Mauricio Knobel postula el Síndrome de la Adolescencia Normal, la cual se refiere a un periodo doloroso, lleno de contradicciones, confusiones y ambivalencias, caracterizado por fricciones en el ambiente familiar y social, que surge como producto de la propia situación evolutiva, de la interacción del adolescente con su medio y que incluye toda una serie de manifestaciones que en ocasiones adquieren características patológicas sin serlo necesariamente, en donde el desenlace dependerá de la interacción de todos los factores (Del Bosque et al, 2004).

En realidad, los límites entre lo normal y lo anormal en este periodo de la vida resultan borrosos, debido a que el mismo está definido por múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales que sólo son comparados con los que ocurren en la infancia temprana.

Es importante decir que la línea entre lo normal y lo patológico se relaciona con la frecuencia e intensidad con la que aparecen ciertas conductas, sentimientos, pensamientos o eventos que puedan formar parte del proceso normal del desarrollo (Del Bosque et al, 2004).

CAPÍTULO 3

PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La psicopatología es la ciencia de la psique enferma, que trata de delimitar los síntomas mediante la observación y la descripción introspectiva. Hoy día las perspectivas fundamentales de investigación del hecho psicopatológico son tres: la interpretación, la explicación y la descripción fenomenológica. Estas tres perspectivas no son exclusivas de la psicopatología; sino que presentan tres métodos de investigación que intentan dar una respuesta a la pregunta de qué es el hombre. La interpretación la plantea como una profundización progresiva en su vida psíquica; la explicación, como un estudio de su estructura somática, y la descripción fenomenológica, como un análisis de la existencia (Monedero, 1978).

Los temas involucrados en la psicopatología del desarrollo en el niño y adolescente incluyen modelos interdisciplinarios del desarrollo, temas relacionados a la continuidad y discontinuidad del proceso a lo largo de la vida, los límites y enlaces entre lo normal y anormal, adaptación o funcionamiento patológico, la transición que ocurre entre el ambiente y características personales, los procesos asociados con el riesgo y resiliencia, y la integración de investigaciones básicas desde la prevención e intervención oportuna (Del Bosque et al, 2004).

La psicopatología del desarrollo se esfuerza para integrar el conocimiento a través de disciplinas científicas en múltiples niveles de análisis y dominios. Además aborda diferencias en la manifestación de los síntomas en diversos periodos del desarrollo, así como el grado en que éstos convergen y divergen en el contexto de la organización biológica, psicológica y social, y cómo están relacionados con síntomas y síndromes (Del Bosque et al, 2004).

La investigación acerca del funcionamiento psicopatológico no únicamente provee información de parámetros y orígenes de un trastorno durante un periodo específico del desarrollo, sino que proporciona comparaciones y contrastes a través del curso de la vida, ofrece un “darse cuenta” dentro de las variaciones de procesos causales que pueden operar dependiendo de cuándo se presenta un trastorno.

Un análisis del desarrollo beneficia tanto el conocimiento de experiencias prioritarias de la adolescencia, así como el conocimiento de las trayectorias posteriores del desarrollo hacia la adultez. De este modo, la adaptación a lo largo de la vida es trascendental.

Existe un gran interés en nuestra sociedad y en especial en el ámbito de la salud mental, por entender la conducta del adolescente; por lo que necesita ser cuidadosamente estudiada en su contexto temporo-espacial y situacional, tomando en cuenta los indicadores de riesgo y así ser analizada y entendida, para poder emitir un juicio de si una conducta es “normal” y propia de esa etapa del desarrollo, en respuesta a su entorno, o bien se presenta como manifestación prodrómica de un padecimiento, o como un síntoma de un trastorno ya establecido (Del Bosque et al, 2004).

Esto da cabida a que se dé importancia al desarrollo normal del niño con el objeto de saber en qué momento y cómo se desvía la normalidad hacia la psicopatología; en este continuo de la normalidad a la enfermedad ocurren muchos procesos mentales que se hace necesario entender desde la psicopatología, por el interés ya sea psicoprofiláctico o de intervención.

Si examinamos en detalle nuestras nociones con respecto a la normalidad descubriremos que esperamos una estrecha correspondencia de crecimiento entre las distintas líneas de desarrollo. En términos clínicos, esto significa que para tener una personalidad armoniosa el niño que ha alcanzado un nivel específico en la secuencia hacia la madurez emocional debería haber alcanzado los niveles correspondientes en el desarrollo hacia la independencia corporal (Freud, 1973).

A pesar de la esperanza que se mantiene ante esta norma, la experiencia nos presenta muchos ejemplos opuestos. Indudablemente que un gran número de niños se ajustan a una pauta muy irregular de crecimiento (Freud, 1973).

La línea limítrofe entre la salud y la enfermedad mental es aun más difícil de establecer en la niñez que en las etapas posteriores. En el cuadro del crecimiento del niño hacia la madurez, es inherente el hecho de que la proporción de fuerzas entre el ello y el yo está en flujo constante; que los procesos de adaptación y defensa, beneficiosos y patógenos, se mezclan entre sí; que las transiciones desde un nivel de desarrollo al siguiente constituyen hitos de detención potencial, disfunción, fijación y regresión; que los derivados del ello y las funciones del yo junto con las principales líneas del desarrollo crecen de manera irregular, que las regresiones temporarias pueden convertirse en permanentes; en suma, que existe un número de factores que se combinan para minar, detener, deformar y desviar las fuerzas sobre las que se basa el crecimiento mental (Freud, 1973).

Hay varias direcciones específicas que el proceso adolescente puede tomar:

- Adolescencia Típica: modificación progresiva de la personalidad en consonancia con el crecimiento de la pubertad y un papel social cambiante.
- Adolescencia Demorada: prolongación culturalmente determinada del estado adolescente.
- Adolescencia Abreviada: Búsqueda de la ruta mas corta posible hacia el funcionamiento adulto a expensas de la diferenciación de la personalidad.

- Adolescencia Simulada: un periodo de adolescencia abortivo hace a la pubertad manifestarse a sí misma en una simple intensificación de una de las organizaciones de impulso prelatente.
- Adolescencia Traumática: actuación regresiva.
- Adolescencia Prolongada: perseveración en el proceso adolescente causado por la libidinización de los estados adolescentes del yo.
- Adolescencia abortiva: rendición psicótica con pérdida de contacto con la realidad y quiebra del aprendizaje diferencial.

Las primeras tres de estas categorías están en la clasificación de la Adolescencia Normal, las últimas cuatro representan desarrollos desviados (Blos, 1980).

La conducta del adolescente “típico” se describe en múltiples ámbitos, puesto que no solo hay constantes cambios e innovaciones, sino que también aparecen matices sobretodo en los medios masivos de comunicación, describiéndolo como explosivo con su energía sexual y su humor, frecuentemente deprimido o hasta suicida, propenso a tener arrebatos de mal genio sobre todo con sus padres, sin reglas, agresivo y desordenado, temerario en la conducción de vehículos, promiscuo en sus relaciones sociales y sobretodo sexuales, fumador, bebedor y usuario de drogas ilegales, descuidado en su forma de comer y con pobre apego a la práctica deportiva. Por las características poco atractivas que anteriormente se dicen, se cuestiona que ésta sea la representación real de los adolescentes (Del Bosque et al, 2004).

La etapa de la adolescencia típicamente genera más confusión que la etapa de la infancia y la adultez, por la gran cantidad de cambios generados en los individuos, generándose así aspectos que implican mucha confusión en la adolescencia: problemas afectivos, conflictos con los padres y conductas de riesgo.

La conducta de riesgo puede comprometer el bienestar, la salud y el curso de vida de un adolescente; la mayor importancia está en la potencialidad de que dichas conductas, acarreen consecuencias adversas o resultados negativos. Por tanto, las conductas de riesgo pueden ser consideradas como factores de riesgo para que surjan repercusiones indeseables sobre la personalidad, la socialización y el desarrollo (Del Bosque et al, 2004).

Durante la adolescencia, los diferentes trastornos, favorecen a las conductas de riesgo y se complican con ellas, como el uso y abuso de sustancias, las conductas suicidas, los delitos y actos violentos, así como los embarazos no planeados (Caraveo, 2002).

Además, es importante señalar que los adolescentes que han padecido algún tipo de psicopatología durante la infancia son más susceptibles de presentar continuidad de la patología y/o algunas agregadas durante la edad adulta.

Es de relevancia entender y explorar las vicisitudes y manifestaciones propias del síntoma, de vital importancia que el clínico conozca la teoría y desarrollo de la adolescencia, el conocimiento de cierta conducta del adolescente en determinadas condiciones; recordemos que la adolescencia como proceso de individuación, es única y diferente en cada adolescente, es un proceso del desarrollo que construye e integra un concepto de sí mismo, una identidad, un proceso biológico de su sexualidad; en el contexto grupal, social, familiar, que sigue un patrón a la especie, pero también idiosincrásico del individuo, de expansión y desarrollo intelectual, de experiencia académica, de búsqueda de valores, ideales propios y la aceptación de la persona en concordancia con dichos ideales (Rodríguez, 2000).

Muchas de las inhibiciones, síntomas y ansiedades de los niños son originadas no por procesos de naturaleza realmente patológica sino, por las tensiones y presiones inherentes a los procesos del desarrollo. Estas inhibiciones y síntomas comúnmente aparecen cuando una fase particular del crecimiento tiene exigencias excesivas de la personalidad y si mientras tanto no son maltratadas por los padres, pueden desaparecer tan pronto como se haya alcanzado la adaptación al nivel del desarrollo o cuando haya pasado el momento culminante de la fase (Freud, 1973).

FUNCIONES YOICAS.

El yo sirve como una barrera protectora contra los estímulos externos e internos; efectúa la prueba de realidad y controla la acción y el pensamiento, los cuáles implican y requieren la demora de la descarga. Estas actividades, junto con la angustia como ayuda para anticipar el peligro, son parte de la tendencia del organismo a la internalización, lo cuál disminuye su dependencia respecto de los estímulos presentes y le permite funcionar con autonomía (González, 1989).

El aparato psíquico en desarrollo, debe por así decirlo, ponerse al día constantemente con las condiciones de maduración que, a su vez, dan ímpetu y dirección a la diferenciación e integración yoica. Este proceso refleja las influencias mutuas del yo y del ello en sus desarrollos respectivos (Blos, 1980).

“Un ello relativamente fuerte confronta a un yo relativamente débil”. Es más, el apoyo que el yo obtuvo de la educación durante la infancia cesa de operar en el modo acostumbrado, debido a que el adolescente rechaza masivamente el control externo como un excedente de la dependencia infantil (Freud, 1973).

El yo adolescente adecuado, propio de la adolescencia solo se puede desarrollar correctamente si la fase preparatoria del periodo de latencia se ha traspuesto más o menos con éxito. El yo, para hacer frente a la pubertad y la adolescencia, requiere de los logros del periodo de latencia. Sólo entonces puede tratar con las tareas próximas de la maduración, en términos de procesos integradores y diferenciales nuevos (Blos, 1980).

Durante el curso del desarrollo, los atributos de la personalidad que han quedado ya bien establecidos antes de la adolescencia, pueden todavía sufrir alteraciones importantes durante el proceso. La vida del individuo gira en torno a la alternancia de movimientos progresivos y regresivos que se presentan a lo largo de este periodo de crecimiento (González, 1989).

El margen de sincronización necesario para que la maduración y desarrollo progresen dentro de los límites de la normalidad es restringido. Por tanto cuando la maduración puberal y el desarrollo específico de la fase se apartan demasiado en el tiempo, se alcanza un punto de disparidad crítica. Es entonces cuando comienza a formarse una personalidad desviada (Blos, 1986).

En cualquier crisis el yo recurre a medidas de emergencia dirigidas principalmente hacia la protección de su función básica, el mantenimiento de la cohesión psíquica y contacto con la realidad (Blos, 1980).

Considerando el origen del yo, debemos tener en mente que es el resultado de procesos que diferencian y constituyen un corolario de la prolongada dependencia del joven organismo humano con el mundo externo. A través de su vida el yo conserva las marcas de este origen; de hecho, continúa estimulándose hacia la diferenciación progresiva por medio de un impacto doble de los impulsos instintivos y el mundo externo (Blos, 1980).

El yo en su definición operacional es un concepto relativo, determinado por el grado de las presiones que se le imponen.

Las principales funciones yoicas son: a) La prueba de realidad, b) El juicio, c) El sentido de la realidad, d) La regulación y el control de impulsos y afectos, e) Las relaciones de objeto, f) El proceso de pensamiento, g) La regresión adaptativa al servicio del yo. h) El funcionamiento defensivo, i) La barrera de estímulos, j) El funcionamiento autónomo, k) La función sintética integrativa, l) La relación dominio-competencia (González, 1989).

Consecuentemente, un yo que ha mantenido un funcionamiento mental adecuado durante el tiempo de calma relativa. Puede ser abrumado por presiones crecientes evidentes durante la pubertad; entonces el carácter de sus recursos se probará a sí mismo como suficiente o insuficiente para la dura tarea (Blos, 1980).

La pauta reaccional para los peligros internos es modelada por las experiencias tempranas que emanan del medio ambiente. Las situaciones de temor pueden ser reconstruidas hasta hallar situaciones externas de peligro. Dicho en otras palabras, todo proceso defensivo tuvo alguna vez una función adaptativa ante las exigencias externas.

El yo adolescente que cede a los peligros de una reorganización radical mostrará signos de una conducta y mentalidad mal adaptada. Sin embargo, tal yo muestra muchas veces ser fuerte en el sentido de que la confianza en la cohesividad de su existencia, de hecho, su indestructibilidad, nunca es alterada. La fuente de esta confianza es, desde luego, la calidad positiva de las relaciones tempranas hacia los objetos (Blos, 1980).

No hay duda de que la situación adolescente requiere de medidas extremas para prevenir el trauma o la desintegración. La enorme cantidad de energía psíquica absorbida en esta tarea, reduce los procesos adaptativos a un mínimo, aunque solo temporal e intermitentemente. Cuando se ocupa la energía psíquica en operaciones defensivas o en contracatexis, se provoca un agotamiento de energía móvil en el yo (Blos, 1980).

Es obvio que nunca ocurren desviaciones de un desarrollo normal sin eventos antecedentes que ejercen una influencia significativa. Lo que se observa clínicamente es un quiebro definitivo en el desarrollo progresivo. Se hace referencia a estas fallas como fijaciones en una de las varias fases de la temprana infancia o bien, de la adolescencia (Blos, 1980).

El desarrollo patológico generalmente se enmascara debido a que el yo y el impulso progresan parcialmente su continuada subordinación a las fijaciones tempranas.

La división de la personalidad en ello, yo y superyó se nos presenta con una estructura psíquica en la cual cada parte tiene sus derivaciones, sus alianzas, sus fines y su modo de funcionamiento específicos. Por definición las diversas fuerzas psíquicas se encuentran en conflicto entre sí, lo cual da lugar a los desajustes internos que se manifiestan en nuestra mente consciente como conflictos mentales. Éstos últimos existen por consiguiente, donde quiera que el desarrollo de la estructura de la personalidad alcanza un cierto grado de complejidad (Freud, 1973).

Hay casos en que la educación psicoanalítica ayuda a encontrar al niño soluciones adecuadas que contribuyen a su salud mental; pero también existen muchos otros en los que los desajustes internos no pueden prevenirse, convirtiéndose luego en el punto de partida de distintas manifestaciones de desarrollo patológico (Freud, 1973).

TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

Todos los trastornos psicológicos de los niños y adolescentes tienen un origen y una causa, las cuales se han explicado desde diferentes ángulos, pero en términos generales podríamos decir que actualmente todas estas causas tienen una explicación epigenética, esto es, que son multicausales, se basan en un factor interno del niño y en otro medio ambiental, por etapas; por tanto, los síntomas y los procesos de desarrollo afectado dependen de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el niño, de sus recursos internos y de su medio familiar y social (Solloa, 2001).

Además es importante tener en cuenta que cuando se presenta un trastorno psicológico en el niño no sólo queda afectada la etapa del desarrollo en la que se encuentra sino también las posteriores (Solloa, 2001).

Los trastornos presentados durante la infancia y la adolescencia son diagnosticados de acuerdo con la clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, específicamente de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. (CIE-10), en donde las principales categorías son las siguientes (López Ibor, 1994):

- F00-F09 Trastornos Metales Orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
- F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).
- F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F50-F59 Trastornos del Comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F60- F69 Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto.
- F70-F79 Retraso mental.
- F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.
- F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.

En una investigación hecha en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” durante el año 2003, (García y Suárez, 2004) en la Unidad de Adolescentes Varones, se pudo observar que los trastornos más frecuentes presentes en niños y adolescentes en Hospitalización fueron:

- Otros trastornos mentales del comportamiento debido a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática: (21.8%)
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios: (16.0%)

- Trastornos depresivos recurrentes: (12.6%)
- Episodios depresivos graves: (8.2%)
- Retrasos mentales leves o moderados: (6.7%)
- Otros: (35 %)

En la aparición de estos diversos trastornos, existen factores que parecen incrementar el riesgo de los mismos, tales como problemas físicos e intelectuales, poco peso al nacer, hipoxia, un historial familiar de trastornos mentales, abuso sexual, traumatismos, adicciones, pobreza, separación matrimonial, abuso y negligencia por parte de los padres o de las personas encargadas de los niños, la soledad, el abandono, la disfunción familiar etc.

Además se observó que los pacientes estudiados, parecen no encontrar o a veces no tener alternativas de vida ya que el 17.4% llevaron a cabo intentos suicidas, y el 6.3% presentaron ideación suicida. Estas cifras son verdaderamente alarmantes si contemplamos que nuestra población es sólo una pequeña muestra de lo que realmente ocurre en el país (García et al, 2004).

Por ésta razón sería importante que en las Clasificaciones Diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV), incluyeran al Suicidio como una Categoría más y no como un simple criterio para ciertos Trastornos, ya que el Suicidio (Intento e Ideación) como tal, cada vez va ocupando un lugar muy importante en la Psicopatología de la Población y no es tomado en cuenta en los Diagnósticos de los Pacientes, siendo éste un dato relevante en la Historia Clínica del paciente, para la obtención de un estudio mas detallado con respecto al padecimiento (Suicidio).

A través de la autopsia psicológica, se ha logrado determinar que el 90% de los suicidios consumados e intentos suicidas en pacientes psiquiátricos, se asocian con algunos de los Trastornos Psiquiátricos mencionados, de los cuáles quedan distribuidos de la siguiente manera (Senties, 2004):

- | | |
|--|--------|
| a) Depresión Mayor | (70%). |
| b) Alcoholismo | (40%). |
| c) Abuso de Drogas | (20%). |
| d) Esquizofrenia | (15%). |
| e) Trastorno de la personalidad Límite | (15%). |

También hay jóvenes que se suicidan sin tener problemas psiquiátricos, pero que se deciden a hacerlo cuando se ven muy afectados, ya sea a causa de la pérdida de un ser querido, del empleo o por problemas legales, por ejemplo.

A continuación se describen a grandes rasgos los anteriores Trastornos Psiquiátricos relacionados con el suicidio (ideación, intento y suicidio consumado), de acuerdo con las clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM IV):

Depresión Mayor

Hay una asociación muy importante entre sintomatología depresiva y conducta suicida, el 80% de los suicidios consumados tenían Depresión Mayor, previo a su fallecimiento. El riesgo de presentar una conducta suicida fluctúa en el transcurso de la presentación de los trastornos depresivos, pero es más prevalente posterior a los egresos hospitalarios (Sentíes, 2004).

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Además los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

En los niños con depresión mayor se incrementaron los riesgos de padecerla en la adolescencia. El promedio de duración del episodio depresivo en niños fue de 8 a 13 meses, y de 50 a 90% de los niños con trastorno depresivo mayor tuvo franca recuperación. Treinta por ciento de estos niños experimentaron una recaída, y 20 a 70 meses después se recuperaron completamente de su problema (Birmaher, 2002).

Los estudios demostraron que el trastorno depresivo mayor en la infancia está asociado con mayor riesgo de suicidio, problemas conductuales, abuso de sustancias, y problemas sociales, académicos y familiares.

El trastorno depresivo en adolescentes fue asociado con morbilidad psiquiátrica (abuso de sustancias, trastornos de personalidad) y psicosocial (pobre rendimiento escolar, intentos de suicidio); aquellos adolescentes que experimentaron dos o más episodios de depresión mayor mostraron significativamente aumento en la morbilidad psicosocial y se incrementó el riesgo de recurrencias para suicidio, así como otros problemas psiquiátricos del desarrollo como abuso de sustancias (Del Bosque et al, 2004).

Uso, Abuso y Dependencia de sustancias (incluyendo el alcohol).

El abuso de sustancias se refiere al patrón de empleo de drogas que disminuye la capacidad de la persona para cumplir sus responsabilidades en el hogar, trabajo o la escuela; que es el resultado de un empleo repetido de una droga en situaciones peligrosas, o que lleva a dificultades legales relacionadas con el consumo de drogas.

El consumo prolongado de las drogas, incluyendo el alcohol, puede llevar al consumo compulsivo de la sustancia, es decir, a la dependencia a la sustancia.

El alcoholismo incrementa tres áreas distintivas y categóricas: Número de intentos suicidas, grado de letalidad de los intentos y suicidios consumados.

También, más del 50% de los suicidios tienen alguna relación con el uso de sustancias psicoactivas. Hasta el 25% de los sujetos con diagnóstico de dependencia a Sustancias Psicoactivas cometen suicidio (Sentíes, 2004).

En adolescentes, se reporta hasta un 70% de asociación entre el uso de Sustancias Psicoactivas y suicidios consumados (Sentíes, 2004).

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo, dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

El suicidio es la causa principal de muerte entre los pacientes esquizofrénicos como causa pura.

Cerca del 80% de los pacientes con esquizofrenia tendrán un Episodio Depresivo Mayor en alguna etapa de su vida (Sentíes, 2004).

La Esquizofrenia reduce la esperanza de vida de los pacientes a 10 años como promedio. Para los pacientes Esquizofrénicos, la incidencia de suicidio es al menos 10 veces superior a la población general (Sentíes, 2004).

Trastorno de la personalidad Límite

Es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad que comienza al inicio de la vida adulta y se da en diversos contextos (Sentíes C, 2004).

Los sujetos con este trastorno de la personalidad tienden a actuar impulsivamente y con frecuencia de maneras autodestructivas. Se sienten incómodos estando solos, y con frecuencia manipulan sus impulsos autodestructivos en un esfuerzo por controlar o consolidar sus relaciones personales. Dicha conducta autodestructiva incluye promiscuidad, abuso de drogas y alcohol y amenazas de suicidio.

La impulsividad es una característica de la personalidad que predispone a la persona a tener mayor propensión de autoagresión y de conductas suicidas.

Los episodios de autoagresión previos se correlacionan positivamente con la impulsividad en pacientes parasuicidas.

Según González Núñez (2001), en los últimos años ha ocurrido una rápida transformación del mundo, que ha impactado especialmente a la psicología y a la educación. La psicología infantil siempre ha sido un motivo de estudio y profundización, pero en los últimos años ha cobrado especial interés, ya no es la misma psicopatología aún cuando los procesos mentales en el desarrollo del ser humano no cambien tan vertiginosamente, la psicopatología también se ha renovado y busca influenciar a las ciencias de la salud y disciplinas afines para que existan menos niños mentalmente enfermos (Cit. en Solloa, 2001).

Existe una pobre percepción de la necesidad de atención en salud mental para los menores, y la búsqueda formal de ayuda es aún más escasa.

La revisión de los trastornos más frecuentemente relacionados con el suicidio, generan la necesidad de poner mayor énfasis en el estudio de las características psicológicas que a menudo se encuentran presentes en los pacientes con dichos trastornos tales como la ansiedad, agresividad, impulsividad, desesperanza, dificultad en las relaciones interpersonales, baja autoestima, entre otras, las cuáles además se ha observado que pueden resultar determinantes para llevar a cabo el acto suicida. Por ésta razón resulta de gran importancia prestar atención a la vulnerabilidad que tienen los pacientes psiquiátricos, ya que al ser diagnosticados se puede detectar la presencia de algunas características de las ya mencionadas, mismas que generan un riesgo inminente a la conducta suicida. De ello radica el interés y la importancia de llevar a cabo una evaluación adecuada que pueda crear la prevención oportuna.

Por éste motivo, nunca será suficiente la insistencia de la necesidad de que toda persona que tenga a su cargo la educación de niños se informe adecuadamente acerca de la psicopatología con el fin de evitar actitudes que sumen ansiedades innecesarias a las que ya sufre el niño en su intento de adaptarse al mundo que se tiene que vivir (Solloa, 2001).

Sin embargo, no existen instrumentos que nos permitan determinar que un paciente llevará a cabo algún acto suicida, existen muchas limitaciones; de ahí la importancia de este estudio, no basta un diagnóstico psiquiátrico, es necesario crear modelos que permitan comprender las interacciones entre los factores psicopatológicos, con los psicosociales y genéticos, los cuáles propician que los niños y adolescentes se suiciden.

Aunque en lo manifiesto muchos trastornos no parecen ser dolorosos para el niño y/o adolescente, en lo profundo sí contienen síntomas de dolor y desadaptación no sólo para él sino también para quienes le rodean; padres, hermanos, amigos, maestros, los cuales a su vez no tienen las herramientas necesarias para enfrentar la sintomatología del menor.

Cualquier trastorno en el niño, además de que refleja una psicopatología personal y/o un desequilibrio familiar, también está afectando su desarrollo, sus relaciones en la escuela, en la familia y muy probablemente su actividad lúdica, ya que el juego es el área en la cual el niño pone a prueba y desarrolla sus habilidades (Solloa, 2001).

Lo primero que se tiene que plantear al evaluar a un niño, es el objetivo de esta tarea, es decir, para qué y para quién se hace, así como qué se pretende con ella. Se realiza una evaluación para tener un diagnóstico de la situación que se presenta. Ese diagnóstico va a implicar muchas cosas, entre otras, como lo que se mencionó antes, que quizá no sea el niño quien requiera el tratamiento (Esquivel, Heredia, Lucio, 1999).

La obligación del psicólogo es lograr una comprensión “objetiva” de la situación; concuerde ésta o no con las expectativas de los padres y proponer el tratamiento adecuado. Es claro que hay ocasiones en que no se requiere tratamiento alguno, en ese caso es necesario orientar a los padres en relación con el problema que plantean (Esquivel et al, 1999).

La combinación de múltiples datos de alarma o la integración de un diagnóstico de psicopatología no son normales a ninguna edad. Una evaluación completa por un profesional de salud mental, en la que se exploren los diferentes ambientes en los que el adolescente se desenvuelve (biológico, escolar, familiar y social), facilitará una actitud comprensiva y aportará las sugerencias hacia el niño o adolescente, sus familiares y otros personajes del entorno (Del Bosque et al, 2004).

La calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes es un proceso psicológico que describe aspectos físicos, sociales y mentales funcionales del estado de salud del individuo y de su actividad según su propio punto de vista.

Por esta razón, se hace evidente la necesidad de resignificar los sistemas de creencias alrededor de la enfermedad mental para cambiar el estigma social que se tiene de estas personas, ya que tales creencias orientan el tipo de intervención que se ofrece al paciente y a sus familias. Permite ver como algunos sistemas que hasta el momento no han sido tomados en cuenta en el tratamiento, tienen gran significado en las vidas de estos pacientes tales como: amigos, compañeros del contexto educativo o laboral, los cuales en un momento dado podrían contribuir en los procesos de rehabilitación, ya que desempeñan funciones de red muy importantes para ellos.

CAPÍTULO 4 FAMILIA

DEFINICIONES DE FAMILIA.

En primer lugar, es importante hacer una revisión de las diferentes definiciones sobre familia, ya que éstas nos proporcionarán una visión más amplia de todo lo que implica y cómo influye ésta en el desarrollo y la formación de cada uno de sus miembros.

El hecho de que el infante no puede sobrevivir sin el cuidado de un adulto permite asumir que en alguna forma la familia es tan antigua como el género humano. Los patrones de organización familiar varían en distintas culturas y sociedades. Sin embargo, todos los sistemas sociales conocidos tienen grupos a los que se podría llamar familias. Estos grupos son los intermediarios entre el individuo y la sociedad a la que pertenecen (Lévi-Strauss, 1987).

La familia es el grupo natural del ser humano. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella en donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional (Delgado, 2003).

Familia es un centro de intercambios, siendo el afecto y los bienes materiales los objetos de trueque más importantes que ahí se operan, estos intercambios mutuos, son prominentes en el interior de la organización familiar: sentimientos de amor, apoyo, cercanía, distancia, individuación, fusión, disgusto, rechazo, etc. Están presentes y es la cualidad de estos lo que califica las diferentes interacciones de la estructura familiar (Pliego, 1989).

Una familia es una matriz psicosocial del individuo, que le aporta apoyo, educación y guía, donde aprende la cercanía y la distancia en el afecto y establece su individuación y pertenencia (Minuchin, 1994).

La sociedad espera que la familia cuide a sus pequeños durante su desarrollo hasta aproximarse a la edad adulta, y también espera que los adultos sean capaces en su momento de formar una nueva familia. Asegurar la reproducción es una función de la familia, pero la familia humana tiene además la función de transmitir la cultura a sus miembros jóvenes. La familia es la unidad biológica básica y también la depositaria de la herencia cultural (Lacan, 1987).

En la presente investigación, sin dejar a un lado las anteriores definiciones, nos basaremos en el concepto de que la familia es la descripción de un sistema vivo cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno de otro. Cualquier acontecimiento que afecta a un miembro extiende sus efectos sobre los demás.

EL SISTEMA FAMILIAR

El mundo occidental se encuentra en un estado de transición, y la familia que siempre debe acomodarse a la sociedad, se modifica juntamente con él. Pero, debido a las dificultades transicionales, la tarea psicosocial fundamental de la familia (apoyar a sus miembros) ha alcanzado más importancia que nunca. Sólo la familia puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para la educación de niños que tendrán raíces suficientemente firmes para crecer y adaptarse. (Minuchin, 1986).

La forma actual de organización familiar que conocemos en nuestra cultura no es la misma que la del pasado o la de otros pueblos del mundo, lo cual nos da una idea de cómo influye la sociedad en las características de las familias que la forman y al mismo tiempo cómo esas características familiares influyen y tipifican a la propia sociedad (Delgado, 2003).

De acuerdo a una investigación de Huirán y Salles se observó que la familia constituye, sin duda, una institución de gran importancia en todas las sociedades. Los mexicanos asocian al vocablo familia con significados muy positivos como unión, amor, padres, hogar, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo (Cit. en Fuentes et al, 1997).

Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. La familia es un sistema abierto en transformación, es decir, que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta (Minuchin, 1986).

Siempre debe tomarse en cuenta que el sistema familiar es cambiante, ya que a menudo se ve influenciado por factores como la época, lugar, cultura, etc, y es muy importante que al estudiar la dinámica familiar se consideren dichos aspectos como posibles pautas generadoras de patrones de conducta.

LA MATRIZ DE LA IDENTIDAD

El sentido de identidad depende en gran medida de validación del self por su grupo de pertenencia, y uno de los más importantes grupos de pertenencia, es la familia. Autonomía y pertenencia son vitales en el desarrollo de la identidad humana y es dentro de la familia donde el niño desarrolla el sentido de la autonomía propia como individuo que pertenece y que puede depender de un grupo. (Pliego, 1989).

La familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. Las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad (Minuchin, 1986).

El sentido de separación e individuación se logra a través de la participación en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. Aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Los conceptos de las funciones familiares también cambian a medida que se modifica la sociedad (Minuchin, 1986).

ESTRUCTURA FAMILIAR.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales (Minuchin, 1986).

La estructura se refiere al enjambre de relaciones que unen entre sí las diferentes estrellas de la constelación familiar. La familia es como una unidad, de donde se desprenden varias cabezas donde existe un cuerpo común. Los intereses, los valores, las ideas, los afectos, los sentimientos, las necesidades y los deseos de cada una de estas cabezas. Cómo estas personas juntas, forman una unidad donde el objetivo final por el cual se unieron es contradictorio en sí mismo, ya que consiste en permitirle a cada uno de sus miembros lograr su propia individualidad, su saber quién es él, en el mundo; qué puede hacer, hasta dónde llegan sus capacidades y sus limitaciones, y por otro lado, darle un sentido de pertenencia (Pliego, 1989).

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción (Minuchin, 1986):

- El primero, es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Aquí debe existir una complementariedad de las funciones, en las que el marido y la esposa acepten la interdependencia.
- El segundo, es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

La familia debe responder tanto a cambios internos como externos. Debe ser capaz de transformarse de tal forma que le permita afrontar las nuevas circunstancias que se le presenten, sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

SUBSISTEMAS EN LA FAMILIA.

Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función (Minuchin, 1986).

La organización en subsistema de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado “yo soy”, al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles (Minuchin, 1986).

Los límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con precisión, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros (Minuchin, 1986).

El subsistema conyugal. Es constituido por dos adultos de sexo diferente que se unen con la intención expresa de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Deben desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido; deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia (Minuchin, 1986).

Marido y mujer deben poseer un territorio psicosocial propio, un refugio que pueden proporcionarse mutuamente un sostén emocional, ambos necesitan dicho refugio para salir airosos ante los múltiples requerimientos de la vida.

La complementariedad de la pareja es una experiencia importante para los hijos que incluye las imágenes de lo masculino y lo femenino determinadas por el contexto cultural. La personalidad de cada uno de los padres y la coalición matrimonial son elementos importantes para el desarrollo saludable de los hijos. En las familias extendidas, los niños tienen la posibilidad de identificarse con otras figuras de su propio género (Fuente, 1997).

El subsistema parental. En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin necesidad de renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales (Minuchin, 1986).

El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Si el niño es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello puede afectar no sólo su relación con su padre sino, incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal (Minuchin, 1986).

El subsistema fraterno. En este subsistema los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente; los niños aprenden a negociar, cooperar, competir. Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades (Minuchin, 1986).

Cuando aprenden formas alternativas de relación, incorporan las nuevas experiencias al mundo fraterno. Los niños sin hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto, que pueden manifestarse en un desarrollo precoz (Minuchin, 1986).

Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores (Minuchin, 1986).

ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares (Minuchin, 1986).

Las principales delimitaciones que se deben establecer entre los miembros de la familia para lograr una mejor interacción y hacerle frente a los diferentes factores estresantes tanto internos como externos, según Pliego son:

- Espacio individual.
- Espacio de pareja de esposos.
- Espacio de parejas de padres.
- Espacio social.
- Espacio de las diferentes relaciones entre sus miembros, y con los miembros de fuera.

Los procesos transicionales de adaptación a nuevas situaciones, en los que la falta de diferenciación y la angustia que caracteriza a todos los nuevos procesos, pueden ser considerados erróneamente como patológicos. Sin embargo, el enfoque de la familia como un sistema social en transformación esclarece la naturaleza transicional de determinados procesos familiares (Minuchin, 1986).

El stress sobre un sistema familiar puede originarse de cuatro fuentes:

- Contacto stressante de un miembro con fuerzas extrafamiliares. Cuando un miembro de la familia se encuentra afectado por un stress, los otros miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias.

- Contacto stressante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares. Los recursos de la familia para hacer frente a esas situaciones se encuentran amenazados en forma particular por la pobreza y la discriminación.
- Stress en los momentos transicionales de la familia. Existen fases en la evolución natural de la familia que requieren la negociación de nuevas reglas familiares. En este proceso se plantean conflictos. Los conflictos serán resueltos por negociaciones de transición y la familia se adaptará con éxito. Estos conflictos ofrecen una oportunidad de crecimiento a todos los miembros. Sin embargo, si no se los resuelve, los problemas transicionales pueden plantear dificultades aun mayores.
- Stress referentes a problemas de idiosincrasia. Es posible que problemas de idiosincrasia transitorios superen los mecanismos que permiten hacerles frente. Esta redistribución requiere una adaptación.

El esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas:

- 1) Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda a stress del desarrollo apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.
- 2) La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian.
- 3) Una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

CICLO DE LA VIDA FAMILIAR

La familia no cambia en una línea suave sin rupturas, sino a través de saltos discontinuos hacia nuevos niveles de complejidad, y a esto le llamamos Crisis Esperadas en la Familia. Además como sistema abierto se desarrolla en el tiempo y a esto le llamamos proceso, el cual es cambiante y constante y constituye al ciclo de la vida familiar (Pliego, 1989).

La familia pasa por diferentes etapas en el proceso del tiempo y todos los hemos vivido en nuestras propias familias. La familia nace, crece, se reproduce, se transforma y muere en el proceso del tiempo. Su objetivo principal es mantenerse como tal, permanecer unidos y lograr sus objetivos (Pliego, 1989).

Según Pliego el proceso del ciclo de la vida familiar consiste en:

- Cortejo (generalmente entre adultos jóvenes)
- Matrimonio (Los recién casados)
- Matrimonio con hijos pequeños
- Matrimonio con hijos en edad escolar
- Matrimonio con hijos adolescentes
- Lanzamiento y nido vacío (cuando los hijos se empiezan a ir)
- Recortejo
- Los últimos años.

Cada una de estas etapas constituye un reto tal para la familia que debe abandonar patrones o pautas de conducta que venía utilizando y adquirir nuevas formas de interacción.

LA DIVERSIDAD DE LA FAMILIA ACTUAL.

Las funciones dentro del grupo familiar se han visto modificadas debido a la evolución de la sociedad. Las madres de familia están cada vez más engrosando las filas laborales para resolver el apremio económico y, en muchas ocasiones no se han ajustado las funciones del resto de los miembros, lo que desestabiliza al sistema familiar y con frecuencia lo desintegra (Rocha, 2001).

Hoy en día, los papeles relacionados con el género en la pareja cambian muy rápidamente en respuesta a las transformaciones económicas y sociales, la participación de la mujer en actividades fuera del hogar y la tendencia a formar familias más pequeñas. Un indicador del desarrollo de un país es el papel que la mujer ocupa en la sociedad. El prototipo de una familia pequeña requiere de la mujer un mayor desarrollo educativo y cultural, con mayores oportunidades laborales y profesionales. La participación directa del esposo es más importante en la crianza y la atención de los hijos (Fuente, 1997).

Existe una amplia tipología en las familias mexicanas, desde su composición y roles, que van desde familias nucleares hasta familias extensas y otras tipologías especiales como las familias monoparentales o semi-nucleares (Rocha, 2001).

- Familia nuclear (52 %): Es un grupo compuesto por los padres e hijos solteros que viven dentro del hogar y es considerado como el ideal. Dentro del grupo de familia nuclear podemos considerar a las familias reconstituidas, en donde ambos miembros de la pareja con hijos se ha vuelto a casar y en ocasiones tienen hijos de esta nueva unión. A este mismo grupo también pertenecen las familias adoptivas.
- Familias mixtas (20%): Son familias nucleares con miembros familiares agregados. Es el caso de los hijos recién casados que no tienen capacidad económica para sostener su propia vivienda, o una madre viuda acogida en el seno de la familia de uno de los hijos, o el caso de la tía soltera, la hermana viuda o la madre soltera.
- Familias extensas (15%): Grupos de miembros familiares de tres generaciones y parientes colaterales en tercero y cuarto grado, es un grupo en donde todos deben compartir la misma suerte, en lo bueno y en lo malo.
- Familias semi-nucleares (12%): Este grupo está conformado por un padre o una madre y al menos un hijo. También se incluyen a las madres y padres solteros y a las personas viudas o separadas. Una de las problemáticas que presenta este modelo familiar es el aislamiento y la falta de recursos económicos, lo cual lleva a la soledad del adulto el cual se responsabiliza de la crianza y educación de los hijos.
- Familias informales: Parejas en unión libre con hijos, parejas con flexibilidad en relaciones internas con hijos, y con una mínima frecuencia se incluyen a las parejas homosexuales.
- Familias solas: Son las personas que viven solas, aunque no aparecen en la muestra del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Encontramos parejas de ancianos, de hermanos, de una madre y una hija soltera, etc. es ocasiones sus miembros están enfermos o discapacitados.

No podríamos afirmar que una tipología familiar es mejor que otra, la relevancia radica en la funcionalidad de cada una. Aunque se sigue señalando a la familia nuclear-conyugal como la ideal, este tipo de familia se ha visto desestabilizada en los últimos años, debido al cambio en los roles de género y el cual tomará tiempo para un nuevo ajuste (Rocha, 2001).

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Una familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas (Herrera, 1997).

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Interno: La protección psicosocial de sus miembros. Externo: La acomodación a una cultura y la transmisión de la misma (Minuchin, 1986).

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en el que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Cit. en Villatoro et al, 1997).

La familia es un sistema abierto, es un organismo que tiene límites propios dentro de un contexto. Todos sus miembros interactúan y mantienen sus interacciones que son complementarias, es decir, las polaridades se presentan juntas: Fuerza y debilidad, padre e hijo, el que manda y el que obedece, razón e intuición, cercanía y distancia, aceptación y rechazo, etc. (Pliego, 1989).

Cuando los patrones de interacción se rigidizan, surge la enfermedad o la destrucción de la familia o ambas, muchas veces como una consecuencia de la otra. Las separaciones, los divorcios, las relaciones extramaritales y los síntomas individuales son mecanismos adaptativos en el proceso del tiempo para que sobreviva este ser de un solo cuerpo y muchas cabezas (Pliego, 1989).

Una familia disfuncional, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Siempre que aparece un síntoma puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares (Herrera, 1997).

Conocemos la frecuencia, hasta hace poco tiempo insospechada, con la que muchos niños son gravemente descuidados por sus padres y, aún más, son brutalmente golpeados por ellos. También en el seno de la familia se ejercen influencias negativas más sutiles, cuyos efectos se dejan sentir en las personas más allá de su infancia, por ejemplo, el rechazo que puede ocultarse tras una aparente preocupación con el bienestar material del niño, la renuncia o la incapacidad de algunos padres a ejercer una autoridad racional, etc. (Fuente, 1997).

Las situaciones familiares adversas pueden ser compensadas o bien agravadas por las experiencias que tiene el niño en la guardería y en la escuela, principalmente con sus maestros y compañeros (Fuente, 1997).

El mal funcionamiento familiar influye en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio de Salud-Enfermedad (Cit. en Ortiz, 1999).

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Hoy en día, en los programas de salud mental el interés por el estudio del individuo se complementa con el interés en la familia y en la comunidad. Se ve a la familia como un sistema que debiera cumplir varias funciones que son necesarias para la sociedad: la reproducción, la maduración emocional y social de los niños y la protección de sus miembros.

El sistema familiar es el sostén de la sociedad y de la cultura, ya que no sólo refleja, sino conserva valores, costumbres y contra los propios del grupo social; la familia es el centro donde el niño y adolescente incorpora valores, metas, prejuicios, aspiraciones, creencias que estarán regidas por la conducta de los padres es decir, por sus actitudes y características que llevan impresos. Es por eso que la vida en familia influye en el desarrollo de la personalidad de los hijos y en su potencial para una vida saludable o insana. Actualmente como institución esta sujeta a un proceso de cambios y desintegración que efectivamente a afectado el balance de sus miembros así como sus roles y funciones (Gómez, 1995).

La capacidad del niño o del adolescente para hacer frente a los problemas sociales y emocionales se relaciona fuertemente con la salud mental y con el estatus social de la familia. Los factores implicados en la vulnerabilidad a padecer un trastorno psiquiátrico oscilan en un amplio abanico que se extiende desde variables próximas a las interacciones materno-filiales a variables intermedias tales como la salud mental de las madres o a variables lejanas tales como las fuentes de financiación de la familia (Wemer, 1982).

No puede dudarse de que las experiencias del niño en el seno de la familia son decisivas en el desarrollo de su personalidad y de que, cuando son adversas, desempeñan un papel de importancia variable, pero nunca trivial en la iniciación, el curso y la evolución de trastornos y desviaciones psiquiátricos (Fuente, 1997).

Cuando un niño presenta algún tipo de trastorno , los padres ponen en marcha todo un conjunto de creencias , actitudes y comportamientos, que dependerán en gran parte de su experiencia, su nivel cultural, la información que posean y lo aprensivos que sean, así como, claro está la gravedad real del cuadro. Aún en los casos más afortunados aparecerá inevitablemente una respuesta de ansiedad que va a alterar el ambiente familiar en menor o mayor grado. Al niño se le transmite mucha información a través de estos cambios. En definitiva, podríamos decir que percibe la gravedad de la situación mediante la desorganización familiar y las reacciones emotivas transmitidas por los padres (Farré, 2000).

La respuesta de los padres variará de una familia a otra, puede ir desde la sobreprotección y la alarma hasta la indiferencia, aunque estemos hablando de la misma patología. Los niños que vivan en un entorno familiar donde las respuestas de ansiedad frente a la enfermedad son alarmantes; donde los mismos padres viven sus propias patologías con miedo y aprensión, manifestando quejas constantes y conductas excesivas, tendrán que reaccionar con un nivel más elevado de ansiedad frente a la presencia de síntomas, y es fácil que imiten la misma respuesta que han observado en sus padres (Farré, 2000).

El carácter y las actitudes de los padres modelan el carácter y las actitudes de sus hijos, y sus padres también les transmiten los valores, las creencias, las aspiraciones, las metas, etc.

Los padres pueden jugar también un papel en el mantenimiento de los trastornos infantiles. Mientras los padres consideran sus planes a la luz de la razón, la lógica y las necesidades prácticas, el niño los experimenta según su realidad psíquica, es decir, de acuerdo con los complejos, afectos, ansiedades y fantasías que esos mismos planes originan y que corresponden a las distintas fases de su desarrollo (Freud, 1973).

El estudio de los factores que influyen en la aparición de trastornos en los niños se ha visto enriquecido por las investigaciones epidemiológicas de la última década. Entre las condiciones asociadas a la presencia de patologías se han destacado la disfuncionalidad de la familia, el alcoholismo de los padres y los trastornos depresivos en familiares de primer grado. Algunos autores como Silverman dan menos peso a los factores genéticos y a las características del niño, que a las condiciones ambientales (Fuente, 1997).

Una serie de estudios, han encontrado que, excepto para casos de alteraciones biológicas importantes, los grupos de niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos son: hijos de padres con enfermedades psiquiátricas, hijos de padres divorciados, hijos de padres con abuso de sustancias, familias con abuso y negligencia, niños con enfermedades crónicas, niños de familias con pobreza (Greenspan, 1980)

Los niños tienen necesidades afectivas que deben ser satisfechas: mantener con un adulto una liga durable y confiable, recibir y dar amor, sentirse amparado ante los obstáculos y alentado en sus logros, etc. En el proceso de responder a estas necesidades del niño, la familia modela su personalidad. En el seno de la familia, el niño establece su relación con el mundo, aprende a contender con los problemas y asume comportamientos que al repetirse devienen en rasgos de carácter. En general, los patrones desviados que se establecen en la infancia tienden a persistir. Podría pensarse que el conocimiento de las deplorables consecuencias de la incomunicación y la privación de estímulos intelectuales y afectivos en etapas clave del desarrollo psicosocial del niño contribuiría a evitar estas situaciones (Fuente, 1997).

Se realizó un estudio descriptivo de pacientes hospitalizados en la UAV del hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan n. Navarro”, a través del servicio de psicología, durante el año 2003, el cuál marca la pauta para la presente investigación, en donde se encontró que el 62.3% de éstos pacientes se vieron beneficiados con diversas intervenciones y tratamientos psicológicos durante su estancia hospitalaria y por lo menos la mitad de los mismos continuaron con un tratamiento psicoterapéutico. El 37.6% restante, no lograron beneficiarse de algún tratamiento o recibieron su tratamiento a medias debido a diversos factores como el abandono hospitalario, negligencia por parte de los padres, ignorancia, factores económicos o geográficos, falta de seguimiento, entre otros, de ahí que el número de reingresos por diversas causas fue de 48 pacientes, que corresponde al 23.3% de la población total, es decir, no contaban con redes de apoyo, por lo que podemos observar que es importante la dinámica de la red social como factor de rehabilitación y prevención de recaídas (García et al, 2004).

En dicha investigación, se lograron identificar las principales causas de reingreso relacionadas con los padres (García et al, 2004):

- Dependen del encuadre hospitalario como una necesidad de respiro que tiene la familia del paciente mental, ya que este se convierte en una carga insoportable de atención permanente, haciendo que con frecuencia se sientan atrapados, culpabilizados, con miedo, enojo, frustración e impotencia. Si no tienen apoyo psiquiátrico al alcance de la mano pueden sentirse aniquilados, y si no pueden recurrir a ninguna otra parte, la internación resulta ser la única solución ante la crisis.
- El desconocimiento de los padres sobre el padecimiento de su hijo, por no saber cuales son las conductas propias del padecimiento, ni como manejarlas.
- Falta de claridad por parte del padre para reaccionar congruentemente con relación a los lineamientos y medidas postuladas con anterioridad por él mismo hacia la conducta de su hijo.
- Ceden con facilidad ante las demandas de su hijo.
- La inconsistencia ínter padre, es decir la incapacidad de ambos padres para establecer un acuerdo respecto al trato y manejo de su hijo.
- Estrategias de disciplina de alta extensión e intensidad, como castigos exagerados en intensidad y duración.
- Comunicación carente de calidad en cuanto a confianza, calidez, disposición e interés por su hijo.

- Exposición por parte de los padres a riesgo en los niños por negligencia y descuido. Hay una pobre supervisión y bajo involucramiento por parte de los padres en las necesidades e intereses de los hijos.
- El grado de patología de los padres, que causa ambivalencia y confusión en los niños, por la falta de asertividad y juicio en cuanto al trato y control del niño. Frecuentemente hemos encontrado la depresión materna, el Retraso Mental (RM) y el consumo de drogas de los padres.
- Problemas graves de pareja entre los padres. Poco o nulo apoyo, abandono, violencia física o verbal, infidelidad etc.
- La edad de los padres es otro factor importante, tanto los padres añosos como los muy jóvenes tienen dificultades para ejercer su rol adecuadamente.
- Poca aceptación al tratamiento en sí por ignorancia, por miedo, u otras causas que hacen que los padres no puedan o no quieran seguir con el tratamiento y esto lleva a que existan constantes recaídas y reingresos.

Noller y Callan hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además una comunicación eficaz en la familia es determinadamente crucial para su bienestar (Cit. en Villatoro et al. 1997).

De acuerdo a las múltiples evidencias que sostienen que el apoyo social y en particular el familiar en la etapa de la adolescencia temprana contribuyen al bienestar emocional y al establecimiento de la identidad psicosexual. Se ha podido observar la importancia que tiene la congruencia armónica entre las funciones del padre y de la madre, en particular, el establecimiento de lazos afectivos que contribuyan y faciliten la comunicación con sus hijos adolescentes (González et al, 1995).

En las crisis que se generan en las familias como consecuencias de una enfermedad grave o incapacitante de alguno de sus miembros, se han identificado etapas que ocurren en sucesión. Inicialmente, la familia no reconoce la gravedad del problema; después, en forma gradual o súbita adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves, y hay cambios en las actitudes de sus miembros y ajustes que tienen por objeto contender con la situación y adaptarse a las nuevas circunstancias.

Estas crisis son más notables cuando se trata de una enfermedad mental y el paciente tiene que ser hospitalizado, la atención es más aguda cuando el enfermo es un miembro productivo cuya enfermedad trae consigo problemas económicos. Con frecuencia la enfermedad de un miembro tiene efectos en los demás y puede crear conflictos o agravar otros ya existentes.

Además, en caso de que el enfermo que ha sanado puede encontrar difícil recuperar su lugar y sus funciones en el seno de la familia. Un hecho interesante es que muchas personas tienden a recrear en su vida familiar actual, las relaciones dañadas que caracterizaron su vida infantil.

Con respecto al rol de los padres en la causa de enfermedades, el analista de niños y adolescentes debe tener gran cuidado para que las apariencias superficiales no lo desorienten y sobretodo para no confundir los efectos de la anormalidad del menor sobre la madre, con la influencia patógena de la madre sobre éste. El método más seguro y laborioso para evaluar estas interacciones es el análisis simultáneo de los padres con los hijos (Freud, 1973).

Según Anna Freud, de estos análisis se ha podido observar un número de hallazgos concernientes a las relaciones patógenas entre padres e hijos, como son:

- Existen padres cuyo apego al hijo depende de que el menor represente una figura idealizada de sí mismos o de su pasado. Para retener el amor de los padres en estas condiciones, el menor permite que su personalidad sea moldeada de acuerdo con patrones que no son los propios y que conflictúan, o no toman en cuenta sus propias potencialidades innatas.
- Algunas madres o padres asignan al menor un rol dentro de su propia patología, estableciendo sus relaciones sobre esta base y no sobre la de las necesidades reales del niño o adolescente.
- Muchas madres realmente trasvasan sus síntomas a sus pequeños y luego los escenifican conjuntamente a la manera de una folie à deux.

En todos los casos mencionados las consecuencias patológicas para el menor son más pronunciadas cuando los padres expresan su relación anormal con éste por medio de acciones en lugar de fantasía. Cuando esto sucede solo el tratamiento simultáneo de los padres es capaz de aflojar suficientemente la tensión entre ellos, actuando como una medida terapéutica para el menor (Freud, 1973).

Puesto que el encuadramiento afectivo del individuo se decide dentro de la familia, el modo de afrontar los problemas existenciales diferirá mucho –según la educación recibida- de una persona a otra. Esta claro que ciertas personalidades están particularmente expuestas al fracaso, son muy vulnerables a él, lo cual es un aumento de riesgo de suicidio.

El intento de suicidio en niños y adolescentes debe ser evaluado, tomando en consideración la historia socio-psicológica y el contexto de desarrollo de la adolescencia de atentar contra su vida, surgiendo de la combinación de problemas que se remontan al pasado, sobretudo a la infancia y que se reactiva en la adolescencia y de problemas del momento. Así mismo es muy importante para la prevención, el conocimiento de la dinámica que lleva el adolescente en su familia, con maestros y amigos (Terroba et al. 1986).

CAPÍTULO 5 SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

DEFINICIONES Y APROXIMACIONES TEÓRICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Los suicidios son un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas. Pero las actitudes de la sociedad frente a estos actos han sido controvertidas, ya que están condicionadas por las distintas valoraciones que se dan a nivel religioso, filosófico, intelectual o popular. Por ello, el suicidio ha sido un acto enaltecido o banalizado, ha sido muestra de valor y libertad o de cobardía y debilidad (Sarró, 1991).

Resulta muy interesante observar la forma en que se ha ido transformando la perspectiva que se tiene hacia los actos suicidas, la época, cultura, tradiciones, costumbres y creencias han sido parte fundamental en la historia y evolución de los conceptos tanto de ideación como intento suicida. A continuación se citarán las definiciones propuestas por autores dedicados al estudio de éste complicado tema.

Ideación suicida.

Schneider (1954) indica que la tentativa de suicidio es un suicidio frustrado, sea cual fuere la razón de su fracaso, que puede ser debido por utilizar un método inadecuado, por la intervención de los otros, o por haber realizado una terapéutica eficaz, etc. (Sarró, 1991).

Clásicamente se consideraba la tentativa de suicidio como el fracaso del acto suicida o como un simulacro de suicidio. Stengel (1965) afirma, sin embargo, que la tentativa de suicidio tiene aspectos propios, además de los que tiene en común con el suicidio consumado. Hay el elemento de autodestrucción, que puede estar latente o tener intenciones ambivalentes. Pero también incluye otros significados: una demanda de ayuda, que en general no es consciente, un aspecto de juego con la vida y una agresión. El suicidio consumado y la tentativa de suicidio son vistos como síntomas de dos poblaciones específicas con diferencias entre ambas, aunque convergen en diversos aspectos (Sarró, 1991).

Kreitmen en 1969, propone el abandono de la palabra *intento de suicidio* e introduce el término *parasuicidio*, como un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica. En este concepto se elimina el criterio de la intencionalidad de morir (Sarró, 1991).

Para efectos de la presente investigación, tomaremos en cuenta como *ideación suicida* a la verbalización por parte del paciente y familiares sobre pensamientos o deseos de matarse, hacer planes sobre cuándo, dónde y cómo llevar a cabo el suicidio, y pensamientos acerca del impacto del suicidio propio en otros. Cabe mencionar que en la presente investigación la fuente principal para determinar la ideación suicida fue la verbalización tanto del paciente como de los familiares, lo cual se fundamenta con el hecho de que a pesar de que la mayoría de las ideaciones suicidas son inconscientes, al ser verbalizadas se vuelven concientes estos deseos de morir.

Conducta suicida.

El término suicidio es relativamente reciente, pues antaño se utilizaban diversas descripciones para referirse al acto de matarse uno mismo. La palabra latina *suicidium* parece que se utilizaba en Francia en el siglo XVII, pero clásicamente el empleo de la palabra suicidio es atribuido en 1734 al abate Prévost o en 1737 al abate Desfontaines. La academia Francesa lo inscribió en 1762 como sustantivo masculino, que indica el acto del que se mata a sí mismo (Gorceix y Zimbacca, 1968) (Cit en Sarró, 1991).

En España, Martí (1982) cita que el término suicidio parece ser que aparece por primera vez en *La falsa filosofía y el ateísmo*, libro que critica la obra de Voltaire, escrito por Fray Fernando de Ceballos y publicado en 1772. El uso de la palabra suicidio no se generalizó hasta el primer decenio del siglo XIX, y se aceptó en la 5a. edición del *Diccionario de la Real Academia Española* en 1817 (Sarró, 1991).

En el diccionario de uso del Español de Moliner (1983) el suicidio se define como “acción de matarse así mismo”. La palabra esta formada por el pronombre latino “sui” y la terminación de “homicidio”. Suicidarse se entiende, por tanto, como “matarse voluntariamente a sí mismo”. Lo que distingue el suicidio del homicidio es que la acción recae sobre el propio actor y lo que lo distingue de otro tipo de muerte es que, en el suicidio, la muerte es el resultado de un acto voluntario (Villardón, 1993)

Para la OMS (1993) el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona contra sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte (Villardón, 1993).

En el CIE-10 se propuso denominar al intento de suicidio como autolesión intencionada y definirla como una conducta de afrontamiento. “Se considera mas apropiada esta expresión porque en muchas tentativas de suicidio, más que la búsqueda de la muerte, las motivaciones son conseguir una interrupción de una experiencia consciente, asociado a una demanda de atención para movilizar o modificar el entorno” (Sarró, 1991).

En los siglos XIX y XX, los actos de suicidio fueron definidos por distintos autores con diferentes criterios. Baechler (1975) indica que la definición comprende en sí misma toda una teoría, en general la teoría del autor. A continuación se presentan algunas definiciones y se podrá observar la evolución de los criterios utilizados (Sarró, 1991).

Durkheim (1928) dice que "... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado". La tentativa de suicidio es el mismo acto, pero es interrumpido antes que dé como resultado la muerte (Sarró, 1991).

Deshais (1947) lo define en un sentido más amplio, como el acto de matarse de una manera generalmente consciente, utilizando la muerte como un medio o un fin (Sarró, 1991).

Otros autores definen los actos suicidas como un *cotinuuum*: ideación suicida - tentativa de suicidio - suicidio consumado (Sarró, 1991).

Como dice Baechler, el suicidio es un comportamiento más que un acto y con *suicida* se haría referencia a "toda conducta que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto". El acto suicida en sí mismo no sería más que un punto de un proceso, la culminación de toda otra serie de actos llevados a cabo en función de la ideación y plan suicida del sujeto, de su intencionalidad suicida (García, 2004).

El suicidio puede definirse como un continuo que parte de la ideación suicida, pasa por el intento de quitarse la vida y llega al suicidio consumado (González, 2000).

Conceptualmente se podría interpretar como un continuo constituido en una secuencia de menor a mayor riesgo que incluye: Ideas de suicidio, Ideas de suicidio con planificación, Comunicación del suicidio verbal o escrito, Gesto suicida (ideas y plan elaborado), Intento de suicidio, Suicidio abortado y Suicidio consumado (Villar, 2002).

Al respecto cabe enfatizar dos aspectos, el primero es que estas etapas pueden o no ser secuenciales y el segundo es que pasar por una o varias etapas no significa que tenga que pasar por las demás, ni que forzosamente se vaya a cometer el acto suicida (González, 2000).

En esta investigación se ha considerado como intento suicida a cualquier comportamiento autolesivo e intencional contra sí mismo, con la expectativa o conocimiento de que éste causará la muerte.

Los intentos de unificar la terminología llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, a proponer como ayuda a la investigación términos concretos y útiles como base común para su denominación y clasificación:

1.- Acto suicida: Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento de un verdadero móvil

2.- Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.

3.- Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (García, 2004).

Los suicidólogos han propuesto una gran variedad de definiciones y clasificaciones sobre la conducta suicida, pero aún no se ha impuesto ninguna de forma generalizada (Sarró, 1991).

Shneidman (1976) propuso una nueva clasificación de la muerte para recoger este concepto autodestructivo, en contraste con las cuatro categorías de muerte (muerte natural, accidental, suicidio y homicidio) aceptadas internacionalmente. Aportó los conceptos de muerte intencionada, que corresponde al suicidio, muerte no intencionada, que es natural y la muerte subintencionada en la que la persona fallecida participó consciente o inconscientemente en acelerar su propia muerte con conductas de riesgo con cierto grado de responsabilidad, permitiendo su propio óbito, ya que implica un juego con la propia vida, aunque sea de forma accidental, por indeferencia o descuido (Sarró, 1991).

O'Caroll y otros autores, entre los que se encuentra Maris, introducen la diferenciación entre nomenclatura y clasificación y proponen por tanto una nomenclatura para poder llegar a un acuerdo de entendimiento y es la siguiente (García, 2004):

1.- *Suicidio*: Muerte derivada de lesión, envenenamiento o asfixia mecánica con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y de que el fallecido tenía intención de matarse. Como sinónimo se puede utilizar suicidio consumado.

2.- *Tentativa de suicidio con lesiones*: Un acto con resultado de lesión no letal, intoxicación o asfixia mecánica con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y de que el lesionado tenía alguna intención de matarse.

3.- *Tentativa de suicidio*: Comportamiento potencialmente autolesivo sin resultado letal, en el que hay alguna evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto tenía alguna intención de matarse. La tentativa pudo haber tenido o no consecuencias lesivas.

4.- *Actos suicidas*: Comportamientos potencialmente autolesivos en los que existe evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto tenía alguna intención de matarse. Un acto suicida puede tener como resultado el fallecimiento, lesiones o ninguna lesión.

5.- *Comportamiento instrumental relacionado con el suicidio*: Comportamiento potencialmente autolesivo para el que existe evidencia explícita o implícita de que el sujeto: a) no tenía intención de matarse, y b) pretendía conseguir otro objetivo (ayuda, castigar a otros, atención) aparentando que se mataba.

6.- *Comportamientos relacionados con el suicidio*: Comportamientos potencialmente autolesivos para los que existe evidencia, explícita o implícita, de una de las dos situaciones siguientes: a) el sujeto tenía alguna intención de matarse, o b) el sujeto pretendía conseguir otro objetivo aparentando que se mataba. Los comportamientos relacionados con el suicidio son los actos suicidas y los comportamientos instrumentales relacionados con el suicidio.

7.- *Amenaza suicida*: Cualquier comportamiento interpersonal, verbal o no verbal, interpretable como insinuación de que podría tener lugar en un futuro próximo un acto suicida o un comportamiento relacionado con el suicidio.

8.- *Ideación suicida*: Cualquier manifestación del sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio.

APROXIMACIONES TEÓRICAS.

La complejidad de la conducta suicida ha motivado una gran diversidad de teorías y tipologías. Las reivindicaciones sobre unas leyes universales que respondan al por qué de los suicidios han llevado a la búsqueda de explicaciones científicas o paracientíficas de los distintos significados de esta conducta humana. Durante casi doscientos años, se han realizado formulaciones sociales, biológicas y psicológicas, para ofrecer una mejor información y se han investigado las distintas variables que puedan predecir y prevenir estos actos humanos autodestructivos (Sarró, 1991).

Han existido dos vertientes tradicionales en el estudio del suicidio: la social y la individual. En la primera orientación se incluyen los enfoques sociológicos, mientras que dentro de la segunda, se encuentran las distintas explicaciones psiquiátricas, psicológicas y las psicoanalíticas (Villardón, 1993).

El suicidio desde la perspectiva sociológica.

La vertiente sociológica explica el suicidio como determinado por un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim (Villardón, 1993).

Los fundamentos de la teoría sociológica del suicidio parten de Morselli (1879), y sobre todo, del sociólogo francés Durkheim, que en el año 1897 publicó un libro -El suicidio- que se ha establecido como modelo de las investigaciones sociológicas del suicidio.

De acuerdo con su tesis, los suicidios, que aparentemente eran una conducta individual y con implicaciones psicológicas, en realidad eran un fenómeno social resultado de la fuerza o debilidad de la sociedad sobre el individuo. Describió cuatro tipos básicos de suicidio: 1) El anómico. 2) El egoísta, ambos provocados por defecto de la integración social. 3) El altruista. 4) El fatalista, desencadenados estos por exceso de integración social. El suicidio anómico se producía cuando había un trastorno o cambio que rompía el equilibrio entre la sociedad y la persona, dejándola sin normas alternativas que le sirvieran de modelo. En el suicidio egoísta, que Durkheim consideraba la máxima causa de suicidio, la persona carecía de vínculos sociales y padecía soledad y aislamiento. Estos dos tipos sociales siguen siendo válidos en el mundo occidental. Mientras que las otras dos formas de suicidio, la altruista, en la que la sociedad dictaba su acción suicida por excesiva integración al grupo social, y la fatalista como solución a un estado de control insoportable, se han ido descartando por los cambios sociales producidos. Durkheim, en el curso de sus investigaciones, indicó que no había un suicidio, sino suicidios, pues aunque el acto siempre era el de una persona que elegía la muerte voluntaria, sus causas desencadenantes eran distintas e incluso opuestas entre sí. Comparó las tasas de suicidio consumado de las estadísticas oficiales de diversos países para establecer las causas del suicidio y relacionó la frecuencia del suicidio con diversas variables: edad, sexo, situación familiar, creencias religiosas, guerras, etc. Entre sus conclusiones se destacaban: que el índice de suicidios aumentaba con la edad; que los hombres se suicidaban en una proporción de tres a cuatro veces mayor que las mujeres, que el número de los solteros, sobre todo separados, excedía al de los casados; que en grandes conmociones sociales, como la guerra, disminuía la tasa de suicidios, etc. (Sarró, 1991).

La definición de Durkheim supuso una primera diferenciación del comportamiento suicida de otros análogos en los que se produce como resultado la muerte, y en los que están también implicados la finalidad intencional y su producción por el propio sujeto. Sin embargo, las investigaciones sobre el fenómeno llevaron progresivamente a cuestionar la definición. Por un lado los datos de los clínicos descubrían que la intencionalidad del comportamiento y de los "suicidas" no siempre era la de matarse, y a veces ni siquiera la de hacerse daño. De hecho, se describen otras intencionalidades conscientes para los actos suicidas, como son las de obtener de otros lo que no se ha podido obtener por otros medios (chantaje); demandar atención ante una situación vivida como desesperada -real o irreal, presente o futura, física o social-; agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de su muerte, etc. (García, 2004).

Resulta muy interesante el estudio del suicidio desde la perspectiva sociológica, ya que de acuerdo a lo observado y a diversas investigaciones, se han obtenido datos que siguen vigentes, como la importancia del entorno escolar, familiar y social, además de la manera en que, principalmente el niño y el adolescente logra desenvolverse, si recibe aceptación o rechazo por parte del medio, etc, ya que todo esto frecuentemente determina la toma de decisiones entorno a la ideación y/o intento suicida, además de lo que él espera del medio como consecuencia de sus actos.

El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica.

La concepción patológica del suicidio apareció en la primera mitad del siglo XIX, un periodo muy productivo para la investigación del suicidio y en el que predominaron los trabajos de los psiquiatras de la escuela francesa (Sarró, 1991).

Dentro de la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado principalmente desde dos orientaciones, la clásica y la epidemiológica (Villardón, 1993).

La orientación psiquiátrica clásica explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental; es decir, desde una perspectiva individual y patológica. La versión más radical nos dirá que el suicidio es, de hecho, una enfermedad mental, mientras que la versión más moderada tenderá a ver el suicidio como una consecuencia de enfermedad mental (Estruch y Cardús, 1982).

La epidemiología psiquiátrica trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales. Este tipo de estudios se centra principalmente en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo (Villardón, 1993).

Entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas (estado civil, sexo, edad...) psicopatológicas (enfermedad mental, alcoholismo...) sociales (nivel económico, hospitalización, pérdida de un padre...) (Villardón, 1993)

Pöldinger, concibiendo el suicidio como una "enfermedad moral", describe lo que considera un componente fundamental en la "patogenia" del acto suicida: la aparición del *episodio suicida agudo*, que se presenta sobre una enfermedad preexistente o concurrente (en especial depresión, alcoholismo o esquizofrenia) y en cuya precipitación intervendrían acontecimientos psicosociales. El estado psicológico que corresponde a dicho episodio consistiría en estado de ánimo depresivo, desesperanza y desesperación, anhedonia e intencionalidad mortal. Una vez que el episodio aparece seguiría un curso evolutivo diferente hacia el acto suicida según el tipo de psicopatología sobre la que se hubiera organizado: unas veces impulsivamente, otras de manera mas lenta y planificada y, finalmente, en otras de manera ambivalente (García, 2004).

En la actualidad, algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas (Villardón, 1993).

Dentro de esta perspectiva, es importante mencionar que en la actualidad no es condicionante la psicopatología, de un intento y/o ideación suicida, ni viceversa. Un diagnóstico psiquiátrico no determina forzosamente la conducta suicida, ni todo aquel que comete algún acto suicida lo hace porque presenta un trastorno mental. Sin embargo, el estudio del suicidio dentro de la psiquiatría ha ayudado a identificar grupos de riesgo, entre los cuáles caben algunos diagnósticos psiquiátricos que presentan elevado riesgo suicida. Todo esto facilita la adecuada identificación de los grupos más vulnerables y una posible prevención de dichas conductas.

El suicidio desde la perspectiva psicológica.

Desde la perspectiva psicológica, se diferencian las explicaciones psicoanalíticas y las explicaciones más propiamente psicológicas (Villardón, 1993).

Dentro de la aportación psicoanalítica, Freud habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se propone a sí mismo. En la obra “Duelo y Melancolía” (1917) interpreta las tendencias autoagresivas que se dan en la melancolía como “agresiones” a la persona amada, a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al “sí mismo” como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior (Jonghe, 1982).

En 1920 en la obra “Más allá del principio del placer”, Freud desarrolla sus ideas sobre el “Eros” y el “Thanatos”, (instintos de vida y muerte respectivamente), en donde el suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte). En este sentido Freud afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte (Villardón, 1993).

Dentro de la orientación psicoanalítica del suicidio se puede citar a Menninger (1972), quien puede ser considerado como “la teorización psicoanalítica clásica del suicidio”. Distingue tres dimensiones que se combinan en todo suicidio: a) El deseo de morir, b) El deseo de matar y c) El deseo de ser matado, a la vez que afirma la existencia en todos nosotros de una propensión a la destrucción (Estruch y Cardús, 1982).

Para Menninger el suicidio es un asesinato efectuado por el propio yo “es una muerte en cual se combinan en una sola persona el asesino y el asesinado” (cit en Polaino, 1988).

En la perspectiva propiamente psicológica se incluyen la vertiente fenomenológica, la teoría del constructo personal y las teorías de la personalidad (Villardón, 1993).

Desde la perspectiva fenomenológica, Shneidman (1976) recoge los componentes psicológicos de la conducta suicida en el artículo "Una Teoría Psicológica del Suicidio". Estos componentes son, en su opinión, la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese (Villardón, 1993).

Más tarde Shneidman (1988) completa su concepción del suicidio y presenta como características comunes de cualquier acto suicida las siguientes: el propósito común es buscar una solución, el objetivo es el cese de la conciencia, el estresor son las necesidades psicológicas frustradas, la emoción es la indefensión-desesperanza, el estado cognitivo es la ambivalencia, el estado perceptual es la constricción (la persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas), la acción es el escape, el acto interpersonal es la comunicación de la intención y el acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de su vida (Villardón, 1993).

Por último, en las Teorías de personalidad, se hace hincapié en las diferentes características de la personalidad de los suicidas frente a los no suicidas, hablándose de desórdenes de personalidad, tales como: agresividad, impulsividad, personalidad esquizoide, personalidad borderline, ansiedad, excitabilidad, perfeccionismo y egocentrismo o tendencia hacia sí mismo. No obstante, los resultados no son concluyentes, lo que hace imposible hablar de una personalidad suicida como explicación de las conductas autodestructivas (Villardón, 1993).

Sin embargo; cabe señalar que la población de la presente investigación son niños y adolescentes, los cuáles aún se encuentran en un proceso de construcción de la personalidad, por lo que es importante además considerar la gran variedad de factores que pueden influir en la decisión de ideación y/o intento suicida.

Todas estas teorías, clásicas y modernas, sobre el suicidio han llevado a los especialistas a estudiarlo dentro de la suicidología, donde diversas disciplinas científicas se complementan (Sarró, 1991).

La incursión de las actuales teorías psicológicas y sociológicas han fundamentado el considerar a la conducta suicida no solo como un problema meramente individual, sino que trasciende y tiene significado en un contexto más amplio al reconocer la influencia de los factores psicosociales, demográficos, económicos, entre otros. Así pues, la conducta suicida es un proceso. En este sentido estudios recientes consideran a la conducta suicida inserta en un proceso por demás complejo y dinámico y no como un hecho aislado y estático (González, 2000).

En la presente investigación, son de gran importancia las características psicológicas de los pacientes identificados con intento o con ideación suicida, sin embargo, también se tomará muy en cuenta la influencia que ejerce el ambiente familiar y social, así como la morbilidad con diferentes trastornos psiquiátricos, antecedentes heredofamiliares, etc.

Ya que para nosotros la complejidad de la conducta suicida, radica en que es fundamental el estudio multidisciplinario, para lograr obtener un mejor entendimiento del tema que nos atañe; enfocándonos principalmente a niños y adolescentes, lo que implica un reto aún mayor debido a la carencia de investigaciones, en población con estas edades en nuestro país.

EPIDEMIOLOGIA

Al hablar acerca de la estadística en suicidio, aunque no representa el número exacto de suicidios, sí se expresa la magnitud del problema suicida, el cual nos concierne a toda la población en general.

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. A nivel mundial al año mueren alrededor de un millón de personas por este motivo, lo que supone un 1.8% del total de los fallecimientos, y sitúa al suicidio como la undécima causa de muerte en el año 1998 (García et al, 2004).

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, basadas en las tentativas actuales, aproximadamente un millón y medio de personas fallecerá por suicidio, y de 15 a 30 millones cometerán una tentativa suicida (García et al, 2004).

Datos obtenidos de la OMS (2002), en México en 1995 la tasa de suicidio fue de 5.4% en varones y en mujeres de 1.0%. Así como la tasa de suicidio con respecto a las edades entre 5-14 años fue de 0.4 % y entre 15-24 años de 4.7% (Cit. en García et al, 2004).

Desde la década de los sesentas, la mortalidad por suicidio en los jóvenes de 15 a 24 años está aumentando, sobre todo en los varones. También, en el mismo periodo, la tentativa de suicidio es un acto más frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos, siendo la incidencia más alta en las mujeres (Sarró, 1991).

La prevalencia de la ideación suicida según la edad, el sexo y el nivel de estudios en la población de 15 -24 años, oscila del 35 al 65%, y de la tentativa de suicidio entre un 11 a un 18% (Sarró, 1991).

El suicidio constituye una de las principales causas de mortalidad, especialmente cuando se considera la población joven. En el año 2000, aproximadamente 1 millón de personas falleció por suicidio, y de 10 a 40 veces esa cifra perpetró un intento de suicidio (García et al, 2004).

De acuerdo con González Forteza (2004) los datos arrojados en el año 2000 con respecto al intento suicida en la población joven fueron los siguientes (Senties, 2004):

- Una prevalencia de 3.9% en hombres y 15.1% en mujeres.
- Una ocurrencia de una vez = 70.7% en hombres y 73.9% en mujeres, mientras que 2 o más veces = 29.3% en hombres y 26.1% en mujeres.
- La edad del intento suicida es de una media de 15.2 años en hombres y, 14.9 años en mujeres.
- Los motivos para el intento suicida fueron: Problemas familiares: 31.1% en hombres y 40.7% en mujeres; Problemas: 12.1% en hombres y 9.6% en mujeres; Soledad/Tristeza/Depresión: 11.7% en hombres y 9.6% en mujeres; Incomprensión/Falta de cariño: 10.2% en hombres y 8.6% en mujeres.
- Métodos empleados: Pastillas/medicamentos: 16% en hombres y 36.2% en mujeres; Objetos punzocortantes: 48.5% en hombres y 48.9% en mujeres, Ahorcarse/asfixia: 8.3% en hombres y 3% en mujeres.
- Letalidad del intento suicida: cuando deseaban morir: 33.8% en hombres y 36.8% en mujeres; Cuando no importaba si vivían o morían: 48.7% en hombres y 48.2% en mujeres; Cuando no querían morir: 17.4% en hombres y 15% en mujeres.

El suicidio en los menores de 14 años es poco conocido epidemiológicamente, sobre todo en las estadísticas oficiales, ya que se tiende a no clasificar los suicidios como causa de muerte en los niños menores de 10 años que, aunque es infrecuente, seguramente se encubre con el diagnóstico de muerte accidental, probablemente por la actitud de rechazo de aceptar la muerte voluntaria en la infancia (Pfeffer, 1986), o con el objeto de evitar las críticas y el rechazo social (Rodríguez, 2001).

Existe un consenso general sobre que más del 90% de los jóvenes que culminan en el suicidio sufren al menos un trastorno psiquiátrico mayor (Pfeffer, 2001) (García, 2004).

Las tentativas suicidas continúan siendo un fenómeno poco estudiado, observándose una nula cantidad con respecto a la aparición de nuevos estudios epidemiológicos en la última década, sobre todo en la población infantil y adolescente, a pesar de que se ha generado una tendencia al aumento de actos suicidas en estas edades.

Por esta razón, es fundamental aunar todos los esfuerzos posibles para evitar que tanto niños como adolescentes opten por el suicidio como salida a sus conflictos o vía final de un trastorno mental, tomando muy en cuenta que están en juego muchos factores que son un foco de alerta para evitar dichos actos suicidas.

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Es preciso realizar una colaboración multidisciplinaria en el estudio del suicidio, dada la complejidad de esta conducta humana y ser la expresión de una causalidad múltiple; sin embargo, se han identificado muchos factores y grupos de riesgo suicida, lo que representa un valor práctico al ser de utilidad el reconocimiento de las condiciones de riesgo y de las características clínicas y sociales que los predisponen (Sarró, 1991).

En los suicidios no hay características universales o absolutas, y no es posible determinar cuáles son las causas que originan los actos suicidas aunque hay factores de riesgo que son más habituales, lo que facilita su predicción, a pesar de que las posibilidades de la evaluación son controvertidas. Pero si se está sensibilizado e informado sobre esta conducta y no existen mecanismos de defensa exagerados contra la muerte y el suicidio, el personal sanitario y los familiares pueden identificar a las personas con riesgo elevado de suicidio, ya que casi un 70% de los suicidas consultan con su médico las semanas o meses precedentes a su suicidio (Diekstra y Van Egmond, 1989), o bien, han dado avisos directos o indirectos sobre su ideación suicida a su medio familiar.

Los denominados factores de riesgo son un concepto estadístico que relaciona determinadas variables de la persona y del ambiente con la frecuencia de aparición de un trastorno. Si esta relación es significativa, entonces se valora como factor de riesgo (Sarró, 1991).

A pesar de los múltiples estudios, no se ha llegado a comprender con exactitud cuáles son los factores de riesgo que ponen en marcha el mecanismo suicida, aunque parece depender de factores biológicos, psicológicos y/o sociales.

Los factores de riesgo suicida más frecuentes estadísticamente se han recogido en diversas escalas de evaluación del riesgo suicida. Souris (1975) los clasifica en diez categorías: la edad y el sexo, los síntomas de depresión, ansiedad y alcoholismo, las situaciones de estrés (pérdida de una persona significativa por muerte o separación, enfermedad grave, problemas económicos, aumento de responsabilidad), la agudeza o la cronicidad de síntomas específicos, el proyecto suicida (meditado, especificidad temporal, método), los recursos de apoyo y su disponibilidad (ausencia de todo tipo de recursos: familia, amigos, apoyo médico y soporte social), los antecedentes de tentativas suicidas (número y letalidad), el estado físico (enfermedad crónica, fracaso terapéutico previo, etc.), los aspectos de la comunicación (ruptura y rechazo de la comunicación, expresión de sentimientos de culpa y de incapacidad, o transmitir la culpa a los otros), y las reacciones del entorno (rechazo, incomprensión, falta de empatía). Estos factores, en función de la personalidad y de la situación del individuo, pueden representar una conducta suicida (Sarró, 1991).

FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA

En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar y algunos de éstos pueden ser (Pérez, 2002):

- Los efectos de la imitación en edades tempranas provocados por los medios de comunicación, mediante la visualización del suicidio en televisión, programaciones para los adultos o dirigidos a los niños (muñequitos o comics), o bien, mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan a los adultos.
- Clima emocional familiar caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes, niños y niñas y los más viejos, ancianos y ancianas.
- El padecimiento de los progenitores de alguna enfermedad mental, entre las que se citan por su frecuencia, trastornos relacionados con el alcohol por parte paterna y la depresión por parte materna.
- La predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente. Entre estas enfermedades se encuentran las depresiones y las esquizofrenias en cualquiera de sus formas clínicas. Ambos trastornos están descritos como uno de los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia.
- Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico.
- La sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, ya que afecta al buen desarrollo de la personalidad de los niños, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, provocando problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

Estos factores de riesgo no son determinantes, sin embargo cuando van acompañados de ciertas situaciones cruciales en la vida del niño o adolescente pueden desencadenar una crisis emocional que puede conllevar al suicidio.

Los motivos que pueden desencadenar alguna crisis suicida infantil son variados y no específicos, pues también se presentan en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Entre los más frecuentes se encuentran (Pérez, 2002):

- Presenciar acontecimientos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas, el abandono, etc.
- Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
- Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
- Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
- Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.
- Con la finalidad de agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.
- Para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño.

Obviamente, una crisis suicida infantil surge de la relación del niño con su medio familiar y se manifiesta por una serie de señales en la conducta que se expresan, de manera general, en cambios de todo tipo. Comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y de sueño, pudiendo mostrar inapetencia o por el contrario, un apetito inusual. En cuanto al hábito del sueño, los cambios pueden consistir en desvelos o insomnio, terrores nocturnos, en los cuales el niño o la niña despiertan, al parecer, pues realmente no lo están aún, con los ojos desmesuradamente abiertos, temerosos, sudorosos y quejándose de lo que están visualizando y que les ocasionan el terror que experimentan (Pérez, 2002).

FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.

Los adolescentes que presentan algún tipo de manifestación suicida, comparten algunos factores de riesgo con la población infantil, sin embargo, para un mejor panorama los clasificamos como se muestra a continuación:

I- Factores culturales y sociodemográficos

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen (Pérez, 2002).

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de colonización cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes (Pérez, 2002).

II- Situación familiar y eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes (Pérez, 2002):

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación y apoyo entre los integrantes de la familia. Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con generaciones más jóvenes.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Situación de hacinamiento, lo que se traduce como la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad de sus miembros.
- Dificultad para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, o bien, inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- El antecedente de una o varias tentativas de suicidio constituye un elevado riesgo de repetición y es predictivo de un mayor riesgo de suicidio consumado, sobre todo en los primeros meses después de haberla realizado.

III- Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades (Pérez, 2002):

- Trastornos afectivos.

El riesgo de suicidio es frecuente en todos los tipos de depresiones. Se ha admitido una estrecha relación entre trastornos depresivos y actos de suicidio, ya que aproximadamente un 15% de las personas afectadas de un trastorno afectivo se suicidan en el transcurso de su enfermedad. El riesgo representa un 30% superior al de la población general (Sarró, 1991).

- Trastornos del Control de impulsos.

La impulsividad es una característica de la personalidad que predispone a la persona a tener mayor propensión de autoagresión y de conductas suicidas. Los episodios de autoagresión previos se correlacionan positivamente con la impulsividad en pacientes parasuicidas. La impulsividad se asocia con un mayor número de intentos suicidas previos. Brodsky, et al, 1997 (Senties, 2004).

El comportamiento suicida, o al menos algunos de ellos, dependerían de una dimensión impulsiva que facilitaría la realización del acto suicida y que imprimiría gravedad al intento, lo que en algunos casos podría ser letal (García, 2004).

- Trastornos esquizofrénicos.

En una revisión recogida por Miles (1977) sobre enfermedad mental y suicidio, indicó que un 10% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia moría por suicidio. En los últimos trabajos se valora que el riesgo suicida es superior al 10%, aunque hay amplias variaciones en los estudios sobre su morbilidad y mortalidad, pero se va aceptando que son un grupo de elevado riesgo. El riesgo de mortalidad suicida en los esquizofrénicos es 20 - 70 veces superior al de la población general (Sarró, 1991).

- Trastornos de personalidad y trastornos "neuróticos".

Se interpreta el acto suicida, a veces, como una expresión manipulativa o una demanda de atención de sus conflictos intra e interpersonales, dado que las estructuras básicas de personalidad presentan rasgos de inmadurez, inestabilidad, impulsividad, disforia y escasa o nula tolerancia a la frustración, lo cuál los hace más vulnerables (Sarró, 1991).

Miles (1977) llegó a la conclusión de que un 15% de los pacientes con diagnóstico de depresión neurótica, y un 10% de los clasificados como trastornos de personalidad, se suicidaban. Seager (1986) concluye que la tasa de suicidio consumado entre estos pacientes es 20 veces superior a la de la población general, presentando también una morbilidad suicida muy elevada. (Cit. en Sarró, 1991).

- Trastornos por uso del alcohol.

Las características de las personas con dependencia al alcohol que se suicidan son similares a las personas suicidas no alcohólicas, predominando: el ser varones, de edad media, solteros, con antecedentes de tentativas previas, constando una hospitalización durante el año anterior y con acontecimientos vitales adversos y, sobre todo, Murphy (1986) destaca la de la pérdida muy reciente de una persona significativa (Sarró, 1991).

Los actos de suicidio pueden realizarse bajo la influencia de la intoxicación alcohólica u otras sustancias, que facilita el impulso suicida, o al final de un largo proceso alcohólico asociado a sentimientos de culpa y desesperanza (Sarró, 1991).

- Dependencia de otras sustancias.

Solomon y Arnon (1979) apuntan una tasa de suicidios en adictos a los narcóticos de 20 o 30 veces superior a la de la población general (Sarró, 1991).

Más del 50% de los suicidios tienen alguna relación con el uso de sustancias psicoactivas. Hasta el 25% de los sujetos con diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas cometen suicidio.

En adolescentes, se reporta hasta un 70% de asociación entre el uso de sustancias psicoactivas y suicidios consumados. Miller, 1991 (Senties, 2004).

IV- Factores biológicos

- Factores genéticos (Cit. en Sarró, 1991).

Kety (1986) indica que la hipótesis sobre la influencia genética en el suicidio. El estudio de genes que nos otorgan vulnerabilidad a estas patologías nos puede hablar de los eslabones entre ellas. Se han hecho estudios sobre gemelos y hay trabajos que sugieren la presencia de factores genéticos en los actos suicidas.

Haberland (1965), realizó estudios sobre 149 parejas de gemelos y halló una concordancia suicida del 17.7% en los 51 gemelos monocigotos, pero el 0% en las 98 parejas heterocigóticas. Juel - Nielsen y Videbech (1970) encontraron también una mayor concordancia de suicidios en parejas de gemelos monocigotos.

En las investigaciones hechas por Schisinger y cols. (1979) con 57 niños que fueron adoptados al nacer y se suicidaron, se observó una frecuencia mayor de suicidios en las familias biológicas que en las adoptivas. Pero ni en los estudios de parejas de gemelos ni en los estudios de familia de adopción se ha separado de forma satisfactoria el riesgo suicida de esta población, con la probabilidad de padecer algún tipo de trastorno psiquiátrico -que puede tener un componente genético-, por lo que resulta difícil discriminar su contribución en el acto suicida. También se ha señalado un mayor número de suicidios en los familiares de personas suicidadas.

Rainer (1984), tras revisar los factores genéticos, la depresión y el suicidio, concluyó que la interacción de factores precipitantes psicológicos o biológicos del suicidio y el componente genético de los trastornos mentales precisaban ser más investigados.

- Factores bioquímicos (Cit. en Sarró, 1991).

Desde hace más de diez años, diversos investigadores han señalado la relación entre la disfunción serotoninérgica y la conducta suicida, ya que a nivel del SNC, en los estudios post mortem, se ha confirmado la hipoactividad serotoninérgica (Asberg y col., 1976; Van Praag, 1981).

En relación a la depresión y el suicidio, se han obtenido con poblaciones suicidas resultados neuroquímicos similares a los observados en la depresión, confirmando la relación entre ambos.

ACTOS SUICIDAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Resulta difícil interpretar en el adolescente y sobretodo en el niño la intencionalidad con respecto a la muerte, ya que frecuentemente no consideran la muerte como punto final de la conducta suicida. El concepto de muerte es un proceso lento y progresivo que generalmente no se ha desarrollado en forma completa en la adolescencia (Villar, 2002).

Es cierto que el suicidio consumado es muy infrecuente antes de los 12 años, pero existe y una de las razones para explicar la baja tasa de suicidios en estas edades es la aceptación de que el niño no vive la muerte como fin, es decir, no ha comprendido aun la magnitud de la situación y, por esto, a nivel cognitivo, no puede plantearse al suicidio.

Speece y Brent (1984) dicen que el niño, a partir de los 7 años, ya comprende el concepto de la muerte, pero muchos factores que contribuyen a su entendimiento no han sido evaluados todavía y se desconoce la influencia de las distintas experiencias psicológicas o socioculturales. Algunos autores valoran que en la infancia no puede hablarse de actos de suicidio, pues falta la comprensión del significado total de la muerte. Pero Pfeffer (1986) valora que la definición de la conducta suicida en el niño es similar a la del adulto, incorporando la idea de que no es necesario para el niño la comprensión de la realidad e irreversibilidad de la muerte, pero es preciso que tenga algún concepto de la muerte. El concepto que el niño tiene de la muerte como algo inevitable, irreversible y universal es muy complejo y va madurando con la edad (Cit. en Sarró, 1991).

Orach, y cols. (1987) valoran que hay un acuerdo creciente ante la idea de que la tendencia hacia la conducta suicida del adolescente y del adulto se forma durante la infancia. En el acto suicida del niño aparecen aspectos similares al del adolescente, como la planificación, los métodos, la depresión y la percepción de la muerte y, sobre todo, el hecho de que en estas edades también puede ser un proceso prolongado y no un acto manipulativo o impulsivo (Cit. en Sarró, 1991).

A partir de estudios epidemiológicos y clínicos se investigan los factores de riesgo suicida en la infancia y preadolescencia, que son tan heterogéneos y multideterminados como los de los adultos. Se valora que hay una menor incidencia de suicidios en los más jóvenes porque existe una mayor identificación con la familia, por poseer una menor capacidad de abstracción del pensamiento que conlleva una menor tendencia a la depresión, y por tener menos sentimientos de soledad (Cit. en Sarró, 1991).

El suicidio en sí es una tragedia para los familiares y amigos, ya que se vive una situación de duelo difícil de llevar y de sobreponerse por las implicaciones emocionales y sociales. Mientras que para los medios de comunicación puede ser una noticia sensacionalista que perpetua la denuncia de una causa única como desencadenante del suicidio (ya sea la escuela, los conflictos con/y de los padres, etc.), sin embargo, se debe tomar en cuenta que aquellos que realizan una tentativa suicida, en muchas de las ocasiones presentan varios factores reunidos que nos ponen en alerta para poderlo prevenir a tiempo.

Específicamente en nuestra experiencia dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en la Unidad de Adolescentes Varones, nos pudimos percatar que los actos suicidas en los niños y adolescentes se están convirtiendo en una de las primeras causas de hospitalización, aspecto que es alarmante y que debe alertar a los padres de familia ya que aunque se ha comprobado con cierta frecuencia que los padres ignoran por completo los pensamientos, los planes e incluso las conductas suicidas de sus hijos, esto se debe en parte, a que la mayoría de los niños no muestran signos de “aviso” que manifiestan los adultos.

Por ésta razón, regularmente los niños o adolescentes llegan al Hospital cuando ya la problemática es severa y en donde los padres o gente de alrededor pasaron desapercibidos muchos de los factores de riesgo, síntomas o cambios de conducta señalados con anterioridad y que pudieron haber tomado en cuenta para tener un diagnóstico e intervención oportuna.

FACTORES PROTECTORES.

Muchos especialistas en psicopatología del desarrollo están interesados en descubrir caminos a la adaptación competente en los individuos a pesar de la exposición a condiciones de adversidad, como son los distintos trastornos anteriormente mencionados y las distintas manifestaciones suicidas, por lo que es importante hablar de los factores protectores presentes tanto en niños y adolescentes.

Estas cualidades, fungirán como protectores en conjunto para una persona, ante adversidades del medio, por lo que el niño o adolescente será capaz de desarrollarlas para enfrentar las adversidades con mejores elementos y tendrá mayores probabilidades de salir airoso de éstas (Wolin y Wolin, 1995).

Entre los factores protectores que involucran a niños y adolescentes con respecto al suicidio se encuentran los siguientes:

- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia de forma positiva
- Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “des-tino”, como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: “Tú eres el resultado de ti mismo”.
- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- Aprender a perseverar o renunciar cuando la ocasión lo requiera .
- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.

- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- Lograr una auténtica identidad cultural.
- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes y niños en el aprovechamiento de la fuentes de salud mental, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas (Pérez, 2002).

Además es indispensable hacer frente a la estigmatización y rechazo de quienes padecen alguna enfermedad mental, ya que esto incrementa las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evaluación con respecto a la conducta suicida debe ser integral e individual, componiendo toda la información relevante acerca de todos los factores de riesgo y no sólo de unos determinados, es decir, ha de ser personalizada, ya que cada caso es particular.

Según Motto (1985), no hay una técnica específica para tratar a los suicidas jóvenes. En estos casos, aunque la situación sea más crítica, se utilizan las mismas técnicas que para cualquier situación de crisis en la juventud, es decir técnicas psicológicas, sociales o farmacológicas adecuadas a cada caso (Cit. Sarró, 1991).

Cada vez es más necesaria la evaluación clínico-psicopatológica y psicométrica del riesgo de comportamiento suicida, así como de su registro y documentación en la historia clínica. El arsenal de instrumentos de evaluación de los comportamientos suicidas se encuentra en un proceso de perfeccionismo y enriquecimiento continuo, tanto en los aspectos psicométricos (sensibilidad, especificidad, validez predictiva, etc.) como en la incorporación de nuevos contenidos (factores de protección y/o negativos) (Cit. en García, 2004).

La evaluación de la persona suicida comprende los siguientes apartados (Sarró, 1991):

- Técnica de la entrevista: La entrevista debe ser activa, estimular una buena relación y establecer un diálogo focalizado en la problemática actual. En este primer contacto se debe estimular la expresión de los sentimientos de desesperanza, insatisfacción, tristeza, hostilidad y ambivalencia. También debe realizarse una entrevista con los familiares, pues es preciso valorar y conocer su grado de participación y sus actitudes en esta situación de riesgo suicida.
- Anamnesis: recogida de los datos sociodemográficos, de la historia biográfica, de los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, de los antecedentes suicidas en la familia y personales, y de la patología somática y/o psíquica actual.
- Evaluación psicopatológica: debe realizarse sistemáticamente para descartar un trastorno psiquiátrico severo, dado que la presencia de psicopatología es un factor de grave riesgo suicida.
- Características del acto suicida: Se refiere a factores desencadenantes, método utilizado, grado de letalidad e intencionalidad, antecedentes de tentativas previas, existencia de una nota de despedida, el dar sus pertenencias o dejar testamento, avisos previos, a la preparación del acto suicida –impulsivo o meditado y/o planeado cuidadosamente-, a la persistencia de la ideación suicida, etc.
- Predicción del riesgo suicida: se valora la presencia e intensidad de los factores desencadenantes verbalizados por la persona suicida, así como factores de riesgo suicida, que se valoran a través de las escalas de evaluación. La construcción de escalas y la identificación de los factores de riesgo se han complicado por la diversidad de criterios utilizados en su estudio. Las escalas exploran la ideación suicida y/o las conductas suicidas. Sin embargo, la utilización de escalas de predicción como ayuda al criterio clínico aunque es importante, por el momento el valor predictivo está limitado por su escasa fiabilidad, por lo que gran parte de nuestros esfuerzos deben ir encaminados a lograr tener escalas más precisas que nos ayuden a tener un mejor manejo de las manifestaciones suicidas.

- Tratamiento: en donde la mayoría de los actos suicidas pueden ser prevenidos con distintas estrategias terapéuticas. Las estrategias terapéuticas dependen en gran parte de la evaluación clínica de la persona en crisis suicida, pero también de las actitudes negadoras y/o ambivalentes del suicida, de las posibilidades de su entorno familiar y social para ayudar a desarrollar otras salidas que no sean la muerte, y de las actitudes del personal asistencial. Se ha planteado la necesidad de una hospitalización breve, dado el elevado riesgo de morbilidad y mortalidad del acto suicida. Un ingreso breve también posibilita un mejor diagnóstico psiquiátrico, que a veces es difícil de evaluar en una sola entrevista realizada en el momento agudo de la crisis suicida, dada la intensa situación emocional de la persona, ya que tiende a sobrevalorar aspectos depresivos y ansiosos, que se atenúan o desaparecen a los pocos días.

Para el manejo de esta crisis suicida en la infancia e incluso en la adolescencia es necesaria la participación de los padres y las madres en la terapia, lo cual no se logra en muchas ocasiones, pues el niño o adolescente provienen de hogares rotos o con un clima emocional que impide tal procedimiento.

La atención psicoterapéutica a una crisis suicida debe ir dirigida a la sensibilización de padres o tutores para que tomen conciencia de los cambios ocurridos en el niño o adolescente, que presagian la ocurrencia de un acto suicida.

La actitud de la familia ante el intento de suicidio infantil y del adolescente, constituye un dato de suma importancia y cuando sea posible hay que evaluar la capacidad que tienen los padres y las madres para comprender y modificar los factores que han predispuesto o precipitado el intento de suicidio. Es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamiento psicológico, psiquiátrico o ambos, según sea la gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución de la crisis suicida.

Debido a la necesidad de responder a una crisis suicida, el tratamiento debería ser provisto idealmente dentro de un servicio de contención que incluye recursos para pacientes internados, pacientes ambulatorios a corto y largo plazo, e intervención de emergencia (Rotheram- Borus M, Walter J, Ferns W, 1996)

En México no abundan los estudios acerca del suicidio en niños y adolescentes, y por ende, no se tienen los recursos para realizar una prevención oportuna o bien, una intervención adecuada; por lo que es evidente la necesidad de fomentar una mayor atención a este problema, creando algoritmos específicos para niños y/o adolescentes con ideación y/o intento suicida, pues por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de una nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales.

Un trabajo realizado con pacientes de la UAV (Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”), nos hace reflexionar sobre la importancia de llevar a cabo investigaciones al respecto, que nos permitan replantear el trabajo interdisciplinario y terapéutico, así como de hacer propuestas específicas respecto a las políticas de salud en el área de psicología y psiquiatría; como (García E. et al, 2004):

- Programas de prevención y orientación en escuelas y a la comunidad en general.
- Escuelas para padres.
- La existencia de profesionales (psicólogos) en las escuelas para detección oportuna de enfermedades.
- Creación o reforzamiento de Instituciones especializadas en el manejo de éstos pacientes.
- La descentralización de la atención psiquiátrica infantil
- Investigaciones que aporten nuevos esquemas de manejo y tratamiento.
- Información en la comunidad en general.

El compromiso que tenemos hacia la salud mental no debe limitarse únicamente a los profesionales de la misma. Se debe hacer conciencia a la sociedad en general, para juntos hacer un frente común para enfrentar la enfermedad psiquiátrica de los niños y adolescentes para que logren cambios más duraderos (García E. et al, 2004), ya que aunque en lo manifiesto muchos trastornos no parecen ser dolorosos para el niño y/o adolescente, en lo profundo sí contienen síntomas de dolor y desadaptación no sólo para él sino también para quienes le rodean; padres, hermanos, amigos, maestros, los cuales a su vez no tienen las herramientas necesarias para enfrentar la sintomatología del menor.

Además, como se ha mencionado con anterioridad, es alarmante que cada vez existan suicidios a una menor edad, por lo que cada uno de nosotros deberíamos cuestionarnos qué es lo que está pasando con nuestro entorno, ¿es acaso una consecuencia de una sociedad con una falta o un exceso importante de integración y/o regulación, o bien, es un indicador de una sociedad enferma?, por esto es responsabilidad de todos hacer frente a un problema ya de salud pública, el cual ha sido poco estudiado y no tiene aun las bases y herramientas para poder hacerle frente.

Por ésta razón el objetivo principal de esta tesis encontrar las características y/o indicadores específicos de riesgo predominantes en la población infantil y adolescente, abriendo líneas de investigación en esta área, ya que debido a la severidad del problema, el abordaje acerca del suicidio debe ser integral, para poder llevar a cabo programas tanto de prevención, intervención y seguimiento específicos, que nos ayude a tener un adecuado manejo al respecto, así mismo, poder reducir el riesgo de un nuevo intento o ideación suicida.

Aunado a esto sería importante la realización de estudios de Psicología Forense, ya que a partir de ellos se puede realizar un diagnóstico médico-legal mas preciso que aportara datos indispensables para la investigación de los actos suicidas en niños y adolescentes logrando la prevención anteriormente dicha a tiempo y con las bases más adecuadas.

6.- MÉTODO.

6.1. Planteamiento y Justificación del Problema.

Tanto la ideación como el intento suicida, son problemas que no han sido resueltos y que cada vez se presentan con mayor frecuencia y a menor edad en los niños y adolescentes de nuestro país, por ello es urgente estudiar y prevenir este tipo de conductas, dada la severidad del problema.

El suicidio de los niños y adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse, pues impacta y cuestiona al sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar sobre las causas que llevan a éstos a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

Con los resultados que se obtuvieron, se pretende beneficiar, en primera instancia a niños y adolescentes varones en riesgo de presentar ideación y/o intento suicida; a padres de familia, fomentando la adecuada identificación de características conductuales que pudieran poner en peligro la vida de sus hijos; así como a profesionales de la salud, quienes se encargarán de la identificación, el manejo y la orientación de personas en riesgo, por último, a la población en general, para concientizarlos acerca de la importancia del suicidio en edades tempranas y su posible detección a tiempo.

El estudio realizado cobra gran relevancia debido a que, a pesar de ser el suicidio un fenómeno creciente en el mundo, no existen las investigaciones suficientes en torno al aumento de éste en edades tempranas.

La experiencia profesional adquirida durante un año dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil, en la Unidad de Adolescentes Varones, nos permitió observar el aumento progresivo de casos de intento e ideación suicida a menor edad, aún cuando, en algunos casos el concepto de muerte no ha sido plenamente comprendido. Es impresionante escuchar la versión de un niño de 8 años, describiendo las causas por las cuáles ya no le encuentra sentido a la vida.

El objetivo general de la presente investigación es determinar si existen diferencias significativas en las características psicológicas predominantes en el intento y la ideación suicida en niños y adolescentes varones hospitalizados.

Partiendo de lo anterior, las principales interrogantes que se plantean son:

¿Qué características psicológicas predominan en niños y adolescentes varones con ideación suicida?

¿Qué características psicológicas predominan en niños y adolescentes varones con intento suicida?

¿Existen diferencias significativas en las características psicológicas predominantes entre los niños y adolescentes con ideación suicida y los niños y adolescentes con intento de suicidio?

6.2. Hipótesis.

H. Conceptual - Existen diferencias en las características psicológicas predominantes en el intento y la ideación suicida en niños y adolescentes varones hospitalizados.

Ho - No existen diferencias estadísticamente significativas en las características psicológicas predominantes en el intento y la ideación suicida en niños y adolescentes varones hospitalizados.

H1 - Si existen diferencias estadísticamente significativas en las características psicológicas predominantes en el intento y la ideación suicida en niños y adolescentes varones hospitalizados.

6.3. Variables.

V. I. (Organísmica) – Niños y adolescentes varones hospitalizados con intento suicida e ideación suicida.

V. D. – Las características psicológicas predominantes en niños y adolescentes varones hospitalizados con Ideación o Intento Suicida.

6.4. Definición conceptual Y operacional de variables.

C- Conceptual.

O- Operacional.

➤ **VARIABLES INDEPENDIENTES**

✓ **INTENTO SUICIDA**

C- Cualquier comportamiento autolesivo e intencional contra sí mismo, con la expectativa o conocimiento de que éste causará la muerte.

O- Se considera Intento Suicida a los comportamientos del niño o adolescente destinados a terminar con su propia vida, a través de los siguientes procedimientos, que se indagaron a través de la Entrevista con los pacientes y entrevista con los padres:

1. Ingesta de medicamentos: Cuando el paciente consume medicamentos en cantidades excesivas que le provocan daños a la salud, realizándolo con la plena intención de quitarse la vida.
2. Ahorcamiento: Se refiere a poner cualquier objeto alrededor del cuello con la intención de quitarse la vida.
3. Lesiones con armas punzo cortantes: Cualquier acto del paciente que tenga como finalidad lesionar alguna parte del cuerpo, utilizando artículos punzo-cortantes con la intención de quitarse la vida.
4. Lanzarse al vacío: Se refiere a la conducta de lanzársela vacío de una altura que pone en riesgo su vida, con la finalidad de matarse.

✓ **IDEACIÓN SUICIDA**

C- Pensamientos acerca de desear matarse, hacer planes sobre cuándo, dónde y cómo llevar a cabo el suicidio, y pensamientos acerca del impacto del suicidio en otros.

O- Se considera Ideación Suicida cuando el paciente hace verbalizaciones sobre el deseo de morir y los planes que ha realizado sobre cuándo, cómo y dónde ha pensado suicidarse, lo cual se obtuvo mediante la Entrevista.

➤ **VARIABLES DEPENDIENTES.**

Las características psicológicas a investigar son las siguientes:

✓ **ÁREA COGNITIVA**

C- En esta área se designan todos los procesos intelectuales (percepción, memoria, pensamiento, lenguaje) mediante los cuales se obtiene, transforma, almacena, recupera y utiliza la información. Se hace referencia a la inteligencia, la capacidad cognitiva de una persona para aprender de la experiencia, razonar adecuadamente y hacer frente con efectividad a las demandas del medio ambiente.

O- Los procesos intelectuales en este estudio se miden a través de la Escala de Inteligencia Wechsler (WISC ó WAIS), considerando solamente Coeficiente Intelectual Total, Tipo de Pensamiento y Capacidad de Juicio.

Coeficiente Intelectual

C- Es la capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y para conducirse adecuada y eficientemente en su medio ambiente.

O- El Coeficiente Intelectual se refiere al valor numérico de la inteligencia, obtenido como resultado del cociente entre la edad mental de una persona y su edad cronológica, mediante la Escala de Inteligencia Wechsler (WISC ó WAIS), el cuál se ubica en la siguiente clasificación:

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 130 o más | Muy superior |
| 2. 120-129 | Superior |

3. 110-119	Normal Brillante
4. 90-109	Normal
5. 80-89	Subnormal
6. 70-79	Limítrofe
7. 69-50	Deficiente Mental Superficial
8. 49-30	Deficiente Mental Medio
9. 29 o menos	Deficiente Mental Profundo

Tipo de Pensamiento

C- Es el conjunto de actividades cognoscitivas superiores que tienen una cohesión interna y se encaminan a un fin determinado. El pensamiento se formaliza y se expresa en el lenguaje; esta estructuración mental en el hombre da lugar a grados de adaptación al medio ambiente. El pensamiento formalmente tiene una estructura, un ritmo, una fluidez y una precisión que pueden variar de una persona a otra.

O- El tipo de Pensamiento se mide a través del puntaje obtenido en la Subescala de Semejanzas de la Escala Wechsler, en donde las respuestas proporcionadas por los niños y adolescentes son puntuadas de la siguiente manera:

- 1.- 0 puntos - Nivel Concreto: Se refiere a la incapacidad para captar semejanzas, considerando solo un rasgo específico común a dos cosas.
- 2.- 1 punto - Nivel Funcional: Se identifica la función que las dos cosas realizan o el uso que se hace de ellas.
- 3.- 2 puntos - Nivel Abstracto: Es la capacidad para efectuar generalizaciones y asociaciones; connota o resume todas las características esenciales comunes a dos objetos.

El puntaje crudo obtenido en la subescala se transforma a puntaje escala de acuerdo a tablas estandarizadas en base a la edad del sujeto.

Capacidad de juicio

C- Apego a normas socialmente convencionales. Capacidad de pensar en las consecuencias de sus actos.

O- La Capacidad de Juicio se mide a través del puntaje obtenido en la Subescala de Comprensión de la Escala Wechsler, tomando en cuenta los siguientes:

1. Juicio Adecuado: Cuando el paciente es capaz de pensar en las consecuencias de sus actos, pragmáticos, socialmente convencionales, considerándose tres puntos arriba de la media según la Escala Wechsler, al transformar el puntaje crudo a puntaje escalar, dependiendo la edad del sujeto.

2. Juicio Inadecuado: Cuando el paciente no es capaz de solucionar los problemas, con poca iniciativa y posibles rasgos impulsivos, considerándose tres puntos abajo de la media según la Escala Wechsler, al transformar el puntaje crudo a puntaje escalar, dependiendo la edad del sujeto.

✓ **ÁREA PERCEPTOMOTORA**

C- Aspecto en el cual se encuentra comprometido el Sistema Nervioso Central, por lo que en la evaluación se pone atención a las alteraciones perceptuales, motoras y conductuales asociadas a daño orgánico cerebral o disfunción del mismo.

O- Los aspectos de la evaluación asociadas a daño orgánico cerebral o disfunción del mismo, fueron estudiadas considerando el Tipo de Alteraciones presentes a través del Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender y Escala de Koppitz.

Alteraciones

C- Las alteraciones se relacionan con el diagnóstico de daño neurológico, tomándose en cuenta la historia de desarrollo, la conducta del paciente, el tiempo y el tipo de errores cometidos.

O- En este estudio las Alteraciones se midieron al presentarse alguno de los ítems considerados con significación diagnóstica de acuerdo a la edad del paciente para determinar Lesión Cerebral a partir de los criterios establecidos por Koppitz, que son:

1. Distorsión de la Forma: Las figuras se encuentran excesivamente deformadas, mostrando ya sea una inadecuada dimensión, con ángulos añadidos u omitidos o partes de la figura omitidas (Fig. A, 7, 8), puntos convertidos en círculos (Fig. 1, 3, 5), tres o más ángulos evidentes o puntas en vez de curvas (Fig. 6).
2. Desproporción: El área de una de las figuras es al menos dos veces mayor que el área de la otra (Fig. A, 7)
3. Línea Recta: Menos de dos curvas sinusoidales completas o ausencia total de curvas en una o ambas líneas (Fig. 6)
4. Rotación: Cambio de dirección de la figura o parte de ella en al menos 45 grados (Fig. A, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8)
5. Integración: Fallo en la unión de las figuras, ya sea que estén separadas o superpuestas excesivamente (Fig. A, 4, 7), omisión o adición de una o más hileras de círculos, cuatro o más círculos en las columnas (Fig. 2), fallo en el incremento de puntos en cada hilera sucesiva, conglomeración de puntos, pérdida de forma (Fig. 3, 5), las líneas no se cruzan en absoluto o lo hacen al extremo de una de ellas o de las dos, dos líneas entrelazadas (Fig. 6).

6. Línea continúa: Trazar una línea en lugar de las hileras de puntos o además de éstas (Fig. 3, 5).
7. Perseveración: Más de 15 puntos en una hilera (Fig. 1), más de 14 columnas de círculos en una hilera (Fig. 2), seis o más curvas sinusoidales completas en cualquiera de las direcciones (Fig. 6).

✓ **RASGOS DE PERSONALIDAD**

C- Manera de comportarse relativamente perdurable y consistente. Pautas de pensar, actuar y sentir relativamente estables y consistentes que forman las unidades elementales de la personalidad.

O- Los rasgos de personalidad considerados para este estudio son: tono afectivo, demanda y expresión de afecto, control de impulsos, tolerancia a la frustración, manejo de la agresividad, autoconcepto y mecanismos de defensa, los cuales se observaron en las diferentes técnicas utilizadas para la elaboración del Estudio Psicológico como la Entrevista Clínica y Técnicas Projectivas.

Tono Afectivo

C- Es la tonalidad sentimental emocional vinculada a un objeto, idea o pensamiento, son los sentimientos íntimos y sus manifestaciones externas. Se refiere al estado en el que se encuentra el sujeto: triste, enojado, agresivo, tenso, etc.

O- En este estudio se observó el tono afectivo predominante relacionado con la situación que enfrentaba el individuo en ese momento, el cual puede matizar todas las experiencias y respuestas de la persona al realizarse la evaluación mediante la Entrevista y pudo entenderse como parte de la reacción ante situaciones críticas y pueden ser:

1. Alegre: Sentimiento o actitud emotiva caracterizada por un tono sensorial agradable, y relacionado con sucesos o experiencias del presente inmediato.
2. Triste: Actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable y que se expresa por suspiros, lágrimas y por la pasividad y disminución tónica de los músculos voluntarios.
3. Enojado: Exhibición conductual de malhumor provocada por un estímulo.
4. Desesperado-Ansioso: Actitud emotiva dirigida hacia el futuro caracterizada por la postración y por la aceptación de la idea de algo desfavorable, con un tono afectivo de intenso desagrado.
5. Lábil: Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas. Es la variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

6. Indiferente. Neutralidad o equilibrio entre dos características opuestas, como placer y dolor, es el desinterés por algo.
7. Inadecuado: Tono emocional que no esta en armonía con la idea, objeto o pensamiento que lo acompaña.
8. Aplanado: Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

Demanda y Expresión de Afecto

C- Es la proporción de características acerca de la demanda afectiva real de la persona hacia las diversas figuras que han formado parte de su vida así como acerca de la calidad de estas demandas. Además incluye la forma en que la persona demuestra el afecto hacia estas figuras.

O- La demanda afectiva de la persona y la forma en que demuestra afecto hacia las diversas figuras se obtuvo mediante datos de la Entrevista y las Técnicas Proyectivas presentándose como:

1. Demanda y expresión de afecto exigente: Expresión abierta a necesidades afectivas, el sujeto no puede posponer el que lo quieren o querer.
2. Demanda y expresión de afecto a través de la culpa: Tendencia del sujeto de reducir o exagerar sus necesidades con el fin de recibir ayuda y cubrir sus demandas afectivas.
3. Demanda y expresión de afecto suspicaz: Es la tendencia del sujeto a pedir o dar afecto con suspicacia y desconfianza, lo cual interfiere para establecer vínculos afectivos adecuados.
4. Demanda y expresión de afecto aplanado: Es la incapacidad del sujeto para expresar afecto, no pide pero si lo quiere; por lo que la característica principal es la ambivalencia.

Control de Impulsos

C- Forma mas común que tiene la persona para controlar sus reacciones impulsivas de acuerdo a sus necesidades internas y a la situación del medio ambiente exterior que esta enfrentando.

O- La forma que presenta la persona para controlar sus reacciones de acuerdo a sus necesidades internas y a la situación del medio ambiente que enfrenta se obtuvo mediante datos de la Entrevista, Evaluación de Procesos cognoscitivos, Evaluación Perceptomotora y Técnicas Proyectivas y podía ser:

1. Control de Impulsos Rígido: Cuando la persona tiende a controlar sus emociones y necesidades internas de una manera exagerada, generando muy poca energía en el contacto emocional con el medio social.

2. Impulsividad: Cuando la persona tiene poca capacidad de demora y busca la satisfacción inmediata de sus necesidades, existiendo una tendencia a actuar los impulsos.
3. Control de Impulsos Insuficiente: Cuando la persona tiene la capacidad de tolerar sus impulsos y necesidades y ante situaciones de amenaza o estrés se desequilibra, aunque cabe mencionar que estos sujetos no presentan conflicto con el juicio social o con su sistema de valores.

Tolerancia a la Frustración

C- Es la forma de expresar el sentimiento que le ocurre a una persona cuando se le impide lograr una meta.

O- La forma de expresar el sentimiento que le ocurre a una persona cuando se le impide lograr una meta se observó mediante la Entrevista y las Técnicas Proyectivas utilizadas y se manifestó como:

1. Baja Tolerancia a la Frustración: Es la incapacidad del sujeto de espera para la satisfacción de sus necesidades.
2. Adecuada Tolerancia a la Frustración: Es la capacidad del sujeto de espera para la satisfacción de sus necesidades.

Manejo de la Agresividad

C- Es la forma de manifestar una conducta violenta, dirigida hacia un fin, que puede ser verbal, física o simbólica. Es la exteriorización motora de los efectos de rabia, enfado y hostilidad.

O- La forma de manifestar la agresividad se observó a través de la Entrevista y Técnicas Proyectivas utilizadas y se pudo dar en forma:

1. Manifiesta: Conducta que se caracteriza por ser ofensivo en general, con sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravios, por medio de ataques verbales o físicos.
2. Inhibida o Pasiva: Cuando el individuo muestra agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos.
3. Autodirigida: Conducta que se caracteriza por ser ofensiva física y/o verbal hacia su propia persona.
4. Heterodirigida: Conducta que se caracteriza por ser física y/o verbal hacia otras personas.

Autoconcepto

C- Opinión que se tiene de sí mismo, al conocimiento; qué pienso de mí, cómo me describo, me califico o descalifico, cómo creo que me ven los demás. El autoconcepto esta muy vinculado con la autoestima, ya que dependiendo de qué opino de mí así me quiero.

O- La opinión que se tiene con respecto a uno mismo se midió a través de la Entrevista y Técnicas Proyectivas y pudieron ser:

1. Devaluado: Cuando el individuo minimiza sus cualidades y éxitos. La persona se muestra pesimista y tan falta de confianza en sí mismo que siempre dará una imagen desfavorable.
2. Sobre valorado: Cuando el individuo exagera sus cualidades y éxitos. La persona se preocupa por dar una buena imagen de sí mismo ante los demás y ante sí mismo.
3. Auto aceptación: Cuando el individuo se acepta con sus cualidades, éxitos, defectos y fracasos.

Mecanismos de Defensa

C- Técnicas de autoengaño para reducir el estrés, están al servicio del yo, de tal forma que se reduzca la presión, frustración, conflicto y ansiedad. Todos son patológicos a excepción de la sublimación.

O- Implica aspectos de tipo integrativo de los elementos inconscientes y su organización dinámica dentro de la personalidad. Por tanto fué necesario tener en cuenta la observación del sujeto durante la Entrevista y todos los aspectos de tipo defensivo que se manifestaron en su reacción hacia los estímulos de las Técnicas psicológicas empleadas. Se tomaron en cuenta algunos de los mecanismos de defensa propuestos por Freud y que son los que mayormente utilizaron los pacientes:

1. Negación: Es muy neurótico y arcaico. Sirve para no reconocer la existencia de un conflicto por lo tanto no lo resuelve.
2. Represión: Se da cuando los impulsos intensos o los hechos se olvidan, para aminorar sus efectos, pero no por ser reprimidos se aminora su vigor.
3. Proyección: Se envían afuera las emociones o excitaciones que el Yo trata de rechazar, una vez fuera, se trasladan a otro donde sí pueden ser censurables y rechazadas.
4. Identificación: El sujeto incorpora en sí mismo características del otro. Se origina en el deseo de ser como la persona con la que nos identificamos.
5. Regresión: Cuando se resuelve un conflicto con maniobras de enfrentamiento que se usaron en temprana edad. Es un mecanismo arcaico y primitivo.
6. Racionalización: Es cuando el paciente por medio de argumentos más o menos aceptables y/o razonables justifica su conducta y de esta manera mantiene a raya la culpa y angustia por los errores cometidos.
7. Formación reactiva: Es la forma conductual de negación en la que la persona expresa con intensidad exagerada ideas y emociones opuestas a las propias.
8. Desplazamiento: Permite que los motivos y sentimientos reprimidos encuentren una salida al redirigirlos de sus objetos originales a sustitutos.

9. Sublimación: Implica transformar las emociones reprimidas en formas socialmente aceptables. Se canaliza el impulso logrando liberar la energía libidinal evitando así la tensión interna.

✓ **ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

C- Dato, circunstancia, personal o familiar, en la historia patológica del enfermo, anterior al estado actual.

O- Los datos personales o familiares, en la historia del paciente, anterior al estado actual se indagaron mediante la Entrevista y el Expediente Clínico, tomándose en cuenta para este estudio solo los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos. .

Heredo familiares

C- Es la historia breve acerca de la familia mencionando las alteraciones médicas y/o mentales, anomalías, rarezas y singularidades de conductas permanentes u ocasionales de cada miembro de la familia.

O- En este estudio la Historia breve acerca de la familia se indagó mediante la Entrevista Clínica y el Expediente Clínico del paciente y se consideraron solo los siguientes antecedentes heredofamiliares:

1. Trastorno mental: Es un grupo de síntomas y signos presentes en cualquier miembro de la familia del paciente, los cuales aparecen de manera recurrente y al mismo tiempo, es indeseable, ya que esta asociado a un síntoma doloroso que causa molestias, o bien, que interfiere en una o más áreas de funcionamiento, hay una disfunción conductual, psicológica o biológica que afecta al individuo y sus relaciones con los demás.
2. Intento Suicida: Comportamiento autolesivo e intencional contra sí mismo, dado en cualquier miembro de la familia del paciente con la expectativa o conocimiento de que éste le causará la muerte.
3. Suicidio Consumado: Comportamiento autolesivo e intencional contra sí mismo, dado en cualquier miembro de la familia del paciente y que lo llevó a la muerte.
4. Consumo de drogas y/o alcohol: Se refiere al consumo frecuente de alcohol y/o drogas de cualquier miembro de la familia del paciente.

Personales Patológicos.

C- Es la extensión en la que se abordan los detalles de las primeras etapas del desarrollo y las enfermedades de la niñez varían según el problema y edad del paciente así como de la existencia de fuentes de información colaterales o del acceso de registros médicos. En cualquier caso, la historia sanitaria general del paciente debe incluir una revisión minuciosa de los fármacos que ha tomado. Si el paciente es joven, es importante la historia de las primeras etapas de su desarrollo, incluyendo las dificultades que pudo haber tenido su madre en el embarazo o parto.

O- En este estudio se tomó en cuenta la información sobre las dificultades prenatales, perinatales y postnatales que pudo haber tenido el paciente, que fueron obtenidos mediante la Entrevista Clínica y Expediente Clínico del Hospital, tomándose en cuenta:

1. Antecedentes prenatales: Se hace referencia a si existe cualquier dato importante ocurrido durante el embarazo, como pueden ser complicaciones en el embarazo, amenaza de aborto, embarazo no planeado, embarazo no deseado, mal estado físico y emocional de la madre, ingesta de alcohol y/o drogas durante el embarazo, etc.
2. Antecedentes perinatales: Se hace referencia a si existe cualquier dato importante ocurrido durante el parto como puede ser nacimiento no a término, tipo de parto, estado al nacer, sufrimiento fetal, hipoxia, etc.
3. Antecedentes postnatales: Se hace referencia a si existe cualquier dato importante ocurrido en etapas del desarrollo posteriores al parto como puede ser alguna crisis febril, traumatismo craneoencefálico, enfermedades relevantes, etc.

✓ **ÁREA FAMILIAR**

C- Es la descripción de un sistema vivo cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia uno de otro. Cualquier acontecimiento que afecta a un miembro extiende sus efectos sobre los demás.

O- En este estudio, dentro del Área Familiar se consideró el funcionamiento, estructura, ambiente, percepción de figuras familiares y comunicación, los cuáles se observaron en las diferentes técnicas utilizadas como son: la Entrevista Clínica y Técnicas Proyectivas.

Funcionamiento Familiar

C- Es cuando se promueve el desarrollo integral de sus miembros y logra el mantenimiento de estados de salud favorables.

O- En este estudio se obtuvo el Funcionamiento Familiar, mediante la Entrevista Clínica y se consideraron los siguientes:

1. Familia Funcional: Familias que son capaces de enfrentar los cambios y las crisis, se permite la expresión de afecto, desempeño adecuado de sus roles, el crecimiento individual de sus miembros, la interacción entre ellos sobre la base de respeto, la autonomía y el espacio del otro.
2. Familia Disfuncional: Familias en las que existe rigidez en las reglas, lo que impide el ajuste a su propio ciclo y desarrollo de sus miembros, la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus relaciones básicas.

Estructura Familiar

C- Se refiere al número de miembros que conforman una familia.

O- En este estudio se obtuvo la Estructura Familiar, mediante la Entrevista Clínica y se consideraron las siguientes:

1. Familia Nuclear: Es la constituida por padres e hijos.
2. Familia Extendida: Es la familia donde se incluyen más de dos generaciones y otros miembros.
3. Familia Completa: Es la que incluye al padre, madre e hijos.
4. Familia Incompleta: Es en la que hay ausencia de alguno de los padres consanguíneos.
5. Familia Reconstruidas: Es aquella formada por una pareja donde él o los hijos son solo de uno de los cónyuges, el otro cónyuge, cumple el rol de madrastra o padrastro.
6. Familia Monoparental. Es la formada por uno de los padres o tutor y él o los hijos.
7. Sin Familia: Son aquellos que carecen de vínculos consanguíneos.

Ambiente Familiar

C- Son los patrones de conducta y actitudes en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.

O- En este estudio se obtuvo el Ambiente Familiar, mediante la Entrevista Clínica y se consideraron los siguientes:

1. Ambiente Familiar Seguro: Se refiere a una red de apoyo entre los miembros de la familia en la cual se permite la expresión de afecto.
2. Ambiente Familiar Inseguro: Se refiere a una inadecuada red de apoyo entre los miembros de la familia en la cual no se permite la expresión de afecto.
3. Ambiente Familiar Conflictivo: Se refiere a sentimientos de enojo, agresión y conflicto expresados entre los miembros de la familia.
4. Ambiente Familiar Indiferente: Se refiere al desinterés por la dinámica familiar y relaciones intrafamiliares.
5. Ambiente Familiar Armonioso: Se refiere a un adecuado nivel de compromiso, ayuda y apoyo de los miembros de la familia, así como el grado en el cual los miembros actúan y expresan sus sentimientos abiertamente.

Percepción de Figuras Familiares

C- Es la forma en que se percibe a cada uno de los miembros de la familia, esto con la influencia del nivel de comunicación y expresión de afecto existente entre ellos.

O- En este estudio se obtuvieron la Percepción positiva o negativa del padre, madre y hermanos del paciente, mediante la Entrevista Clínica y se consideraron los siguientes:

1. Percepción positiva del padre: Es cuando se da una comunicación y expresión abierta de afecto entre padre e hijo.
2. Percepción negativa del padre: Es cuando no se da una comunicación ni expresión abierta de afecto entre padre e hijo.
3. Percepción positiva de la madre: Es cuando se da una comunicación y expresión abierta de afecto entre madre e hijo.
4. Percepción negativa de la madre: Es cuando no se da una comunicación ni expresión abierta de afecto entre madre e hijo.
5. Percepción positiva de los hermanos: Es cuando se da una comunicación y expresión abierta de afecto entre el paciente y sus hermanos.
6. Percepción negativa de los hermanos: Es cuando no se da una comunicación ni expresión abierta de afecto entre el paciente y sus hermanos.

Lugar que ocupa el paciente dentro de la Familia

C- Es el lugar que ocupa el paciente entre el número de hermanos que tiene en orden descendente.

O- En este estudio le correspondió un número en orden descendente según el lugar que ocupe dentro de sus hermanos y se indagó mediante la Entrevista Clínica.

✓ ÁREA RELACIONES INTERPERSONALES

C- Es el cómo se vincula o relaciona el sujeto con otras personas. Se definen pautas de socialización en el ambiente en el cual se desarrolla el individuo. Actitud y capacidad de hacer amigos, grupos a los cuales pertenece, interacción con sus pares etc.

O-En este estudio se consideró en el Área de Relaciones Interpersonales a la relación adecuada o inadecuada del paciente con respecto a sus pares y figuras de autoridad y se observó a través de la Entrevista y Técnicas Projectivas utilizadas, considerándose lo siguiente:

1. Relación adecuada con pares: Se refiere cuando el paciente muestra una actitud abierta, activa, confiada o segura con sus pares.
2. Relación inadecuada con pares: Es cuando el paciente manifiesta una actitud sumisa, tímida, pasiva, demandante, agresiva, dependiente, suspicaz, evasiva o retraída con sus pares.
3. Relación adecuada con figuras de autoridad: Se refiere cuando el paciente muestra una actitud abierta, activa, confiada o segura con las figuras de autoridad.
4. Relación inadecuada con figuras de autoridad: Es cuando el paciente manifiesta una actitud sumisa, tímida, pasiva, demandante, agresiva, dependiente, suspicaz, evasiva o retraída con las figuras de autoridad.

✓ **ÁREA SEXUAL**

C- La sexualidad es parte inherente del ser humano, se constituye en la mente del individuo a partir de las experiencias que tienen desde temprano en la vida y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer (género), sus efectos que la vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva.

O- En este estudio se obtuvieron datos sobre el Área Sexual, mediante la Entrevista Clínica y Técnicas Proyectivas considerándose el inicio de relaciones coitales, identificación psicosexual, manejo de la sexualidad y conductas sexuales delictivas.

Vida sexual activa (inicio de relaciones coitales)

C- Se refiere al primer coito, considerando que las dos personas están de acuerdo en realizar el acto.

O- En este estudio se consideró el inicio de relaciones coitales, tomando en cuenta la edad de primera relación sexual y se averiguó a través de la Entrevista.

1. Si hay inicio de relaciones coitales en el paciente.

Relación entre inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida.

C- Se refiere a que el inicio de las relaciones coitales causa conflicto, influyendo o siendo factor para la ideación y/o intento suicida.

O- En este estudio se consideró la relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida observándose a través de la Entrevista.

1. Si hay una relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida del paciente.
2. No hay relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida del paciente.

Identificación Psicosexual

C- Es la imagen que el individuo presenta a otros y a sí mismo, y que lo declara como hombre o mujer, niño o niña. El rol sexual es la declaración pública de identidad sexual; no obstante, tales conceptos no coinciden necesariamente.

O- La imagen que el individuo presenta a otros y a sí mismo, y que lo declara como hombre o mujer se observó a través de la Entrevista Clínica y las diferentes Técnicas Proyectivas y ésta pudo ser:

1. Con sexo contrario del individuo
2. Con su mismo sexo

Relación entre la identificación psicosexual con ideación y/o intento suicida.

C- Se refiere a que la identificación psicosexual causa conflicto, influyendo o siendo factor para la ideación y/o intento suicida.

O- En este estudio se consideró la relación entre la identificación psicosexual con la ideación y/o intento suicida observándose a través de la Entrevista y las diferentes Técnicas Proyectivas.

1. Si hay una relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida del paciente.
2. No hay relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida del paciente.

Víctima de Conducta Sexual Delictiva

C- Se refiere al paciente como víctima, quien padece algún daño acerca de alguna Conducta Sexual delictiva como puede ser: Abuso sexual, Violación, Incesto, Lenocinio, Hostigamiento sexual, Estupro.

O- Mediante la Entrevista y las diferentes Técnicas Proyectivas se aportaron datos que refieren si el paciente ha sido víctima de Conducta Sexual inapropiada como puede ser:

1. Abuso sexual: Al que sin consentimiento de una persona y sin propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo.
2. Violación: Introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.
3. Incesto: Violación a hijos por la figura paterna o por hermanos.
4. Lenocinio: Explotación que hace el sujeto activo del comercio carnal, comercio sexual y de la prostitución, obteniendo por ende un lucro.
5. Estupro: Al que tenga cópula con persona mayor de 12 años y menor de 18 obteniendo su consentimiento por medio del engaño.
6. Hostigamiento sexual: Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implica subordinación.

✓ DATOS ADICIONALES

Edad

C- Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

O- Tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años (a partir de los 7 años a los 17 años 11 meses), se obtuvo a través de la Entrevista Clínica y el expediente Clínico.

Escolaridad

C- Último grado escolar cursado por un individuo.

O- Se determinó por el grado máximo de estudios completados y se obtuvo a través de la Entrevista Clínica y Expediente Clínico.

Nivel Socioeconómico

C- Se hace referencia a los aspectos sociales y económicos que presenta el paciente, los cuales están sujetos a una clasificación específica para un mejor estudio.

O- En este estudio se tomaron en cuenta los siguientes Niveles Socioeconómicos, teniendo como base los registros del Servicio de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" a través de la revisión del Expediente Clínico correspondiente.

1. Nivel socioeconómico bajo
2. Nivel socioeconómico medio
3. Nivel socioeconómico alto

Procedencia

C- Se refiere al lugar de origen del Paciente.

O- El lugar de origen se obtuvo mediante la Entrevista o bien, mediante el Expediente Clínico del paciente.

Época del año del Intento o Ideación Suicida

C- Tiempo específico en el que ocurrió el suceso de la ideación y/o intento suicida.

O-Tiempo específico (de acuerdo al mes y estación del año) en el que ocurrió el suceso de la ideación y/o intento suicida, el cual se obtuvo a través de la entrevista Clínica y Expediente Clínico del paciente.

1. Enero
2. Febrero
3. Marzo
4. Abril
5. Mayo
6. Junio
7. Julio
8. Agosto
9. Septiembre
10. Octubre
11. Noviembre
12. Diciembre

Ocurrencia

C- Se refiere al número de veces en que el paciente ha tenido ya sea Ideaciones y/o Intentos suicidas.

O- El número de veces en que el paciente ha tenido ya sea Ideaciones y/o Intentos suicidas, se indagó a través de la Entrevista y/o Expediente Clínico.

Electroencefalograma

C- Representación gráfica de los potenciales eléctricos del cerebro registrados por electrodos que se fijan en el cuero cabelludo. Se emplea para el diagnóstico en trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos y en la investigación neurofisiológica.

O- Los datos acerca de los potenciales eléctricos del cerebro registrados en el electroencefalograma fueron tomados del Expediente Clínico del paciente y éstos pueden ser registrados como:

1. Normales: Es el resultado obtenido en el Electroencefalograma reportado en el Expediente Clínico.
2. Anormales: Es el resultado obtenido en el Electroencefalograma reportado en el Expediente Clínico.

Grado de Letalidad

C- Se refiere a la intensidad del intento suicida tomando en cuenta el grado en que se compromete la vida del paciente.

O- El nivel de letalidad se determinó a través de la Entrevista Clínica y el Expediente Clínico y se clasificaron de la siguiente manera:

1. Letalidad Baja: Acciones que no comprometen la salud o la vida.
2. Letalidad Media: Lesiones que requieren atención en una unidad de cuidados intensivos y ponen en riesgo la vida.
3. Letalidad alta: Lesiones que requieren atención inmediata en una unidad de cuidados intensivos y ponen en riesgo la vida.

Diagnósticos de egreso

C- El diagnóstico es una guía que permite unificar criterios en cuanto a la nomenclatura y las características clínicas de los trastornos psicológicos, lo que repercute de manera favorable en la investigación y en la comunicación entre los profesionistas que trabajan en el campo de la salud.

O- Los diagnósticos se obtuvieron a través de la consulta del Expediente Clínico, los cuales se realizaron por el médico tratante mediante el uso del DSM IV y CIE-10.

6.6. Sujetos.

La presente investigación, se realizó con un total de 60 Pacientes Hospitalizados en la Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que presentaron ideación y/o intento suicida, durante el periodo de enero del 2003 a junio del 2004, de entre 7 a 17 años 11 meses de edad, observándose una media de edad de 13.25 en el caso de los pacientes con ideación suicida, y una media de edad de 12.25 en los pacientes de intento suicida; y a los cuáles se les aplicó Estudio Psicológico.

Para el análisis de resultados, debido a que el grupo de intento y el de ideación no eran equitativos en cuanto al número de pacientes, se tomó una submuestra de 12 pacientes del grupo de intento (el cual originalmente constaba de 48), quedando así, 12 pacientes de ideación suicida y 12 pacientes de intento suicida.

6.7. Muestreo.

No probabilístico, Accidental o Incidental.

En diversas investigaciones se lleva a cabo este tipo de muestreo, ya que el grupo a investigar constituye la muestra completa, debido a que pertenecen a la población en donde el investigador se interesa por realizar el estudio.

6.8. Tipo de Estudio.

Descriptivo / Comparativo – Diferencial.

Nuestro estudio inició siendo descriptivo, ya que se buscó especificar las características predominantes en niños y adolescentes varones de ambos grupos, tanto los de intento como los de ideación suicida.

Posteriormente, a partir de dicho análisis descriptivo, se realizó una comparación, con la cual se obtuvieron las diferencias entre las características psicológicas predominantes entre los varones con ideación suicida y los varones con intento suicida.

6.9. Diseño.

Cuasi- experimental de grupos intactos.

El diseño Cuasi-experimental de grupos intactos, nos permitió tener grupos preexistentes, con los cuales se realizó una comparación de los resultados de ambos grupos.

6.10. Instrumento(s) y/o material(es).

- Expediente Clínico del Paciente.
- Estudio Psicológico Completo, en el cuál se incluye:
 - Entrevista Clínica con el Paciente.
 - Entrevista Clínica con Familiares.
 - Observación del Paciente.
 - Aplicación, Calificación e Interpretación de las siguientes pruebas psicológicas:
 - * Escala de Inteligencia Wechsler para Niños o para Adultos (WISC) o (WAIS).
 - * Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
 - * Test de la Figura Humana de K. Machover.
 - * Test Gráfico Proyectivo de Persona Bajo la Lluvia de Hammer.
 - * Test Gráfico de la Familia de Cormman.
 - * Test Proyectivo H.T.P. de Buck.
 - * Test de Frases Incompletas de Sacks.

6.11. Procedimiento.

Se realizó la revisión de expedientes clínicos y aplicación de Estudios Psicológicos Completos, de pacientes hospitalizados de enero del 2003 a junio del 2004 en la Unidad de Adolescentes Varones, que presentaban antecedentes de Ideación y/o Intento suicida, con la finalidad de recolectar las características psicológicas a estudiar.

Cabe mencionar, que toda la información a recabar, se encuentra en los expedientes clínicos de cada paciente, incluyendo los datos obtenidos del Estudio Psicológico, mediante la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas psicológicas antes mencionadas, proceso que se llevó a cabo por nosotras mismas siempre bajo la supervisión de las Psicólogas Adscritas a la U.A.V.; en el periodo de la realización del Servicio Social y Prácticas Profesionales.

Posteriormente, se realizó el análisis estadístico correspondiente para determinar si existen diferencias significativas en las características psicológicas predominantes en la población de ideación y en la de intento suicida.

6.12. Análisis Estadístico de Datos.

Análisis Descriptivo.

Con el estudio descriptivo buscamos especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de los grupos de adolescentes varones que presentaron ideación e intento suicida.

- **Distribución de Frecuencias:**

Se buscó obtener un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías.

Análisis Diferencial

- **U-Mann-Whitney**

Con esta prueba se buscó obtener la mayor información cuantitativa que poseen los datos, así como obtener una comparación entre las puntuaciones de ambos grupos.

RESULTADOS.

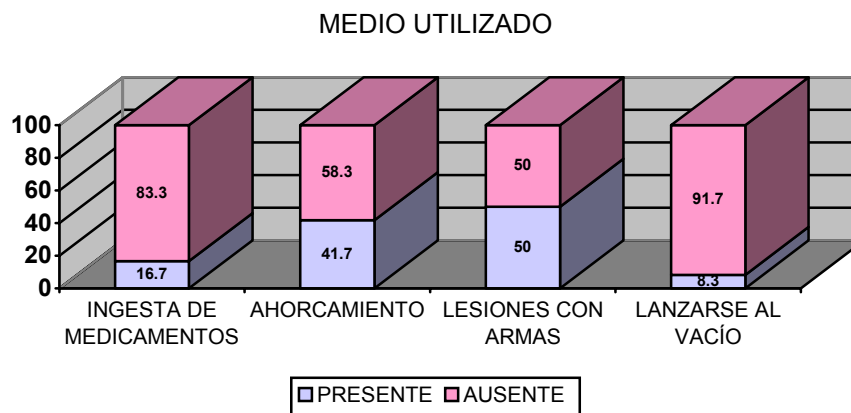
Cabe mencionar que para el análisis de resultados, debido a que el grupo de intento y el de ideación no eran equitativos en cuanto al número de pacientes, y cualquier resultado obtenido podría ser sesgado por esta diferencia, se tomó una submuestra de 12 pacientes del grupo de intento (el cual originalmente constaba de 48), quedando así, 12 pacientes de ideación suicida y 12 pacientes de intento suicida.

Análisis Descriptivo

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes del Medio utilizado por los pacientes con intento suicida

MEDIO UTILIZADO	INGESTA DE MEDICAMENTOS		AHORCAMIENTO		LESIONES CON ARMAS PUNZOCORTANTES		LANZARSE AL VACÍO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	2	16.7	5	41.7	6	50	1	8.3
AUSENTE	10	83.3	7	58.3	6	50	11	91.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 1. Porcentajes de la variable Medio utilizado por los pacientes con intento suicida.

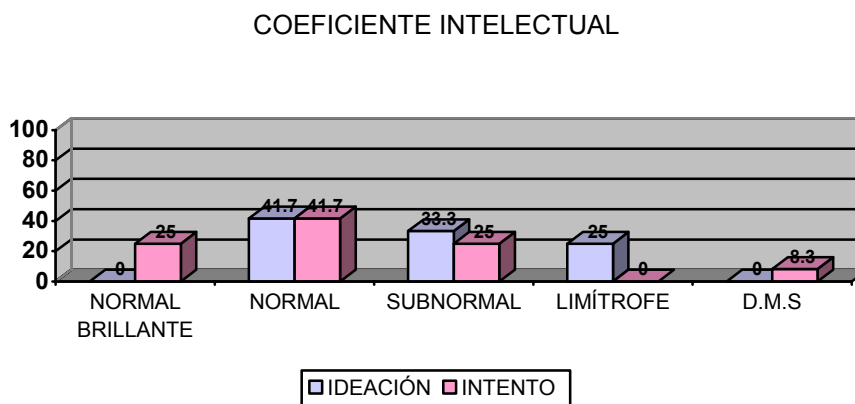


El medio utilizado con mayor frecuencia en los pacientes con intento suicida son Lesiones con Armas con un 50%

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes del coeficiente intelectual de los pacientes con ideación e intento suicida

C I	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL BRILLANTE	0	0	3	25
NORMAL	5	41.7	5	41.7
BUBNORMAL	4	33.3	3	25
LIMÍTROFE	3	25.0	0	0
DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL	0	0	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 2. Porcentajes de la variable Coeficiente Intelectual de los pacientes con ideación e intento suicida.

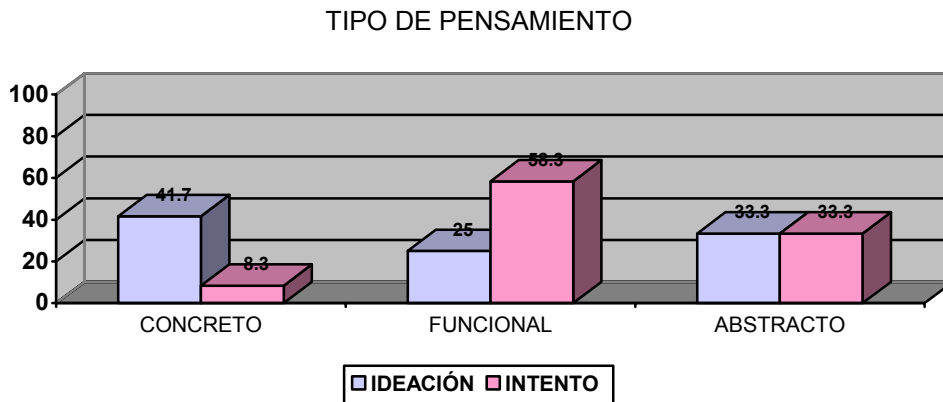


Los pacientes que presentaron Ideación e intento suicida presentan con mayor frecuencia un C.I. Normal con un 41.7% en ambos casos.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes del Tipo de Pensamiento de los pacientes con ideación e intento suicida.

TIPO DE PENSAMIENTO	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCRETO	5	41.7	1	8.3
FUNCIONAL	3	25.0	7	58.3
ABSTRACTO	4	33.3	4	33.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 3. Porcentajes de la variable Tipo de Pensamiento de los pacientes con ideación e intento suicida.

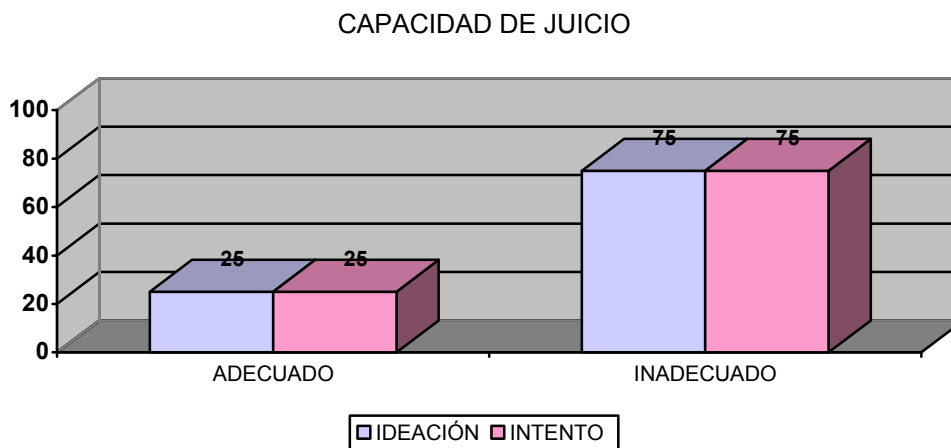


Los pacientes con ideación suicida presentan en la mayoría de los casos un tipo de pensamiento concreto con un 41.7 % , mientras que los que presentaron intento suicida presentan un pensamiento de tipo Funcional ocupando un 58.3% de la población.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la Capacidad de Juicio de los pacientes con ideación e intento suicida.

CAPACIDAD DE JUICIO	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	3	25.0	3	25.0
INADECUADO	9	75.0	9	75.0
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 4. Porcentajes de la variable Capacidad de Juicio de los pacientes con ideación e intento suicida.

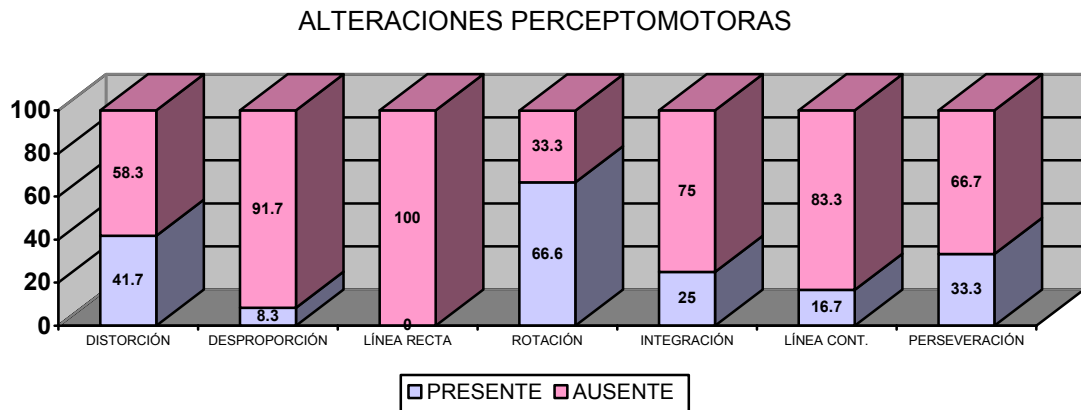


Un 75% de los pacientes que presentaron tanto ideación como intento suicida tienen una capacidad de juicio inadecuado.

Tabla 5a. Frecuencias y porcentajes de Alteraciones Perceptomotoras de los pacientes con ideación suicida.

ALTERACIONES PERCEPTO-MOTORAS	DISTORSIÓN		DESPROPORCIÓN		LÍNEA RECTA		ROTACIÓN		INTEGRACIÓN		LÍNEA CONTINUA		PERSEVERACIÓN	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	5	41.7	1	8.3	0	0	8	66.6	3	25	2	16.7	4	33.3
AUSENTE	7	58.3	11	91.7	12	100	4	33.3	9	75	10	83.3	8	66.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 5a. Porcentajes de la variable Alteraciones Perceptomotoras de los pacientes con ideación suicida.

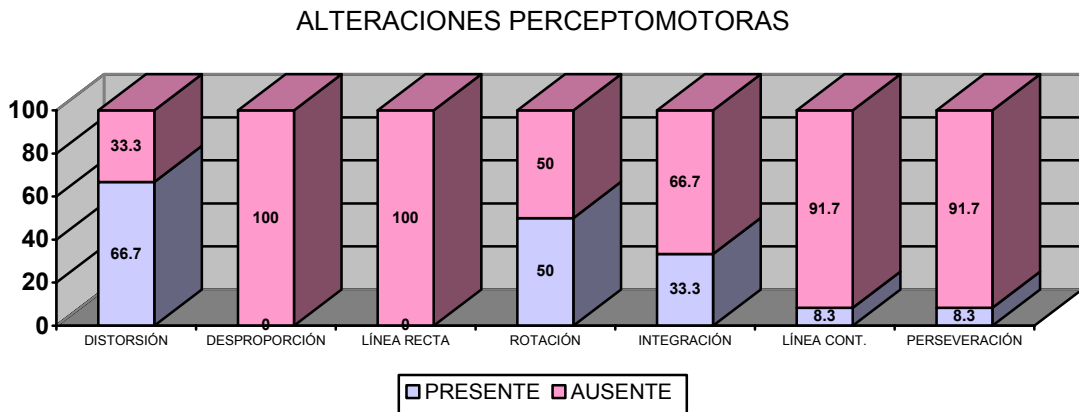


Las Alteraciones perceptomotoras más frecuentes en los pacientes con ideación suicida es la Rotación con un 66.7 % de los casos

Tabla 5b. Frecuencias y porcentajes de Alteraciones Perceptomotoras de los pacientes con intento suicida.

ALTERACIONES PERCEPTO-MOTORAS	DISTORSIÓN		DESPROPORCIÓN		LÍNEA RECTA		ROTACIÓN		INTEGRACIÓN		LÍNEA CONTINUA		PERSEVERACIÓN	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	8	66.7	0	0	0	0	6	50	4	33.3	1	8.3	1	8.3
AUSENTE	4	33.3	12	100	12	100	6	50	8	66.7	11	91.7	11	91.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 5b. Porcentajes de la variable Alteraciones Perceptomotoras de los pacientes con intento suicida.

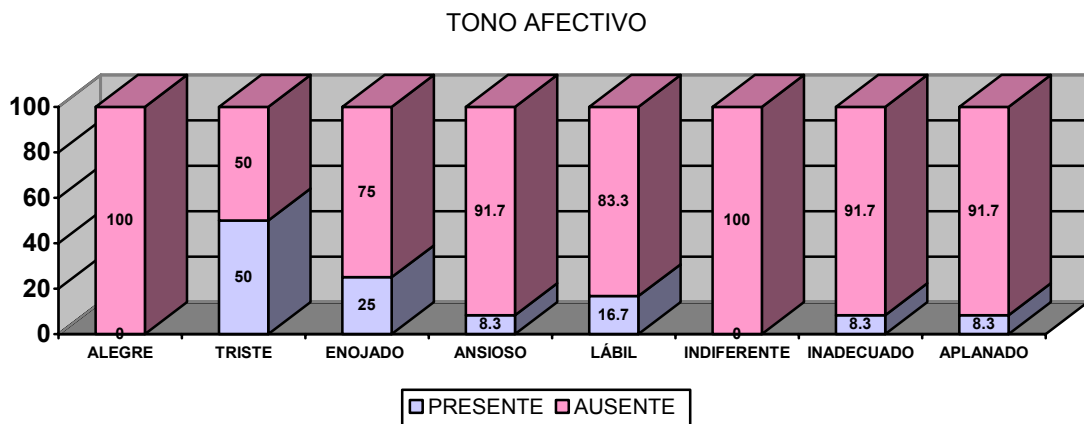


Las Alteraciones perceptomotoras más frecuentes en los pacientes con intento suicida son la Distorsión con un 66.7 % de los casos.

Tabla 6a. Frecuencias y porcentajes de Tono Afectivo de los pacientes con ideación suicida.

TONO AFECTIVO	ALEGRE		TRISTE		ENOJADO		ANSIOSO		LÁBIL		INDIFERENTE		INADECUADO		APLANADO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	6	50	3	25	1	8.3	2	16.7	0	0	1	8.3	1	8.3
AUSENTE	12	100	6	50	9	75	11	91.7	10	83.3	12	100	11	91.7	11	91.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 6a. Porcentajes de la variable Tono Afectivo de los sujetos con ideación suicida.

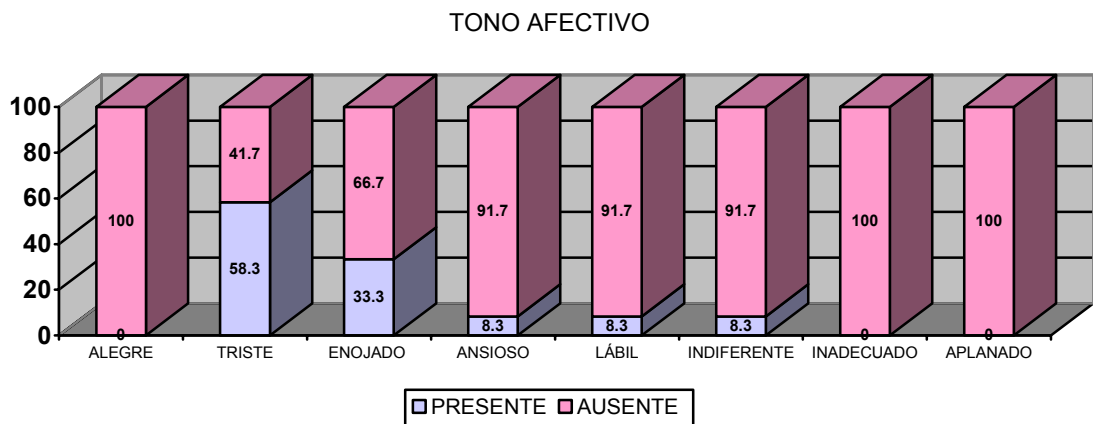


El Tono Afectivo de tristeza es el más frecuente en los pacientes con ideación suicida ocupando un 50%

Tabla 7b. Frecuencias y porcentajes de Tono Afectivo de los pacientes con intento suicida

TONO AFECTIVO	ALEGRE		TRISTE		ENOJADO		ANSIOSO		LÁBIL		INDIFERENTE		INADECUADO		APLANADO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	7	58.3	4	33.3	1	8.3	1	8.3	1	8.3	0	0	0	0
AUSENTE	12	100	5	41.7	8	66.7	11	91.7	11	91.7	11	91.7	12	100	12	100
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 7b. Porcentajes de la variable Tono Afectivo de los pacientes con intento suicida.

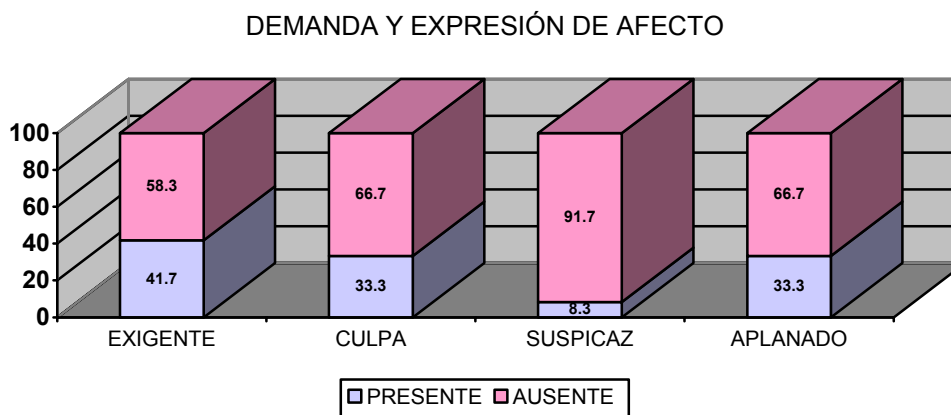


El Tono Afectivo de tristeza es el mas frecuente en los pacientes con intento suicida ocupando un 58.3%

Tabla 8a. Frecuencias y porcentajes de Demanda y Expresión de Afecto de los pacientes con ideación suicida

DEMANDA Y EXPRESIÓN DE AFECTO	EXIGENTE		CULPA		SUSPICAZ		APLANADO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	5	41.7	4	33.3	1	8.3	4	33.3
AUSENTE	7	58.3	8	66.7	11	91.7	8	66.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 8a. Porcentajes de la variable Demanda y expresión de Afecto de los pacientes con ideación suicida.

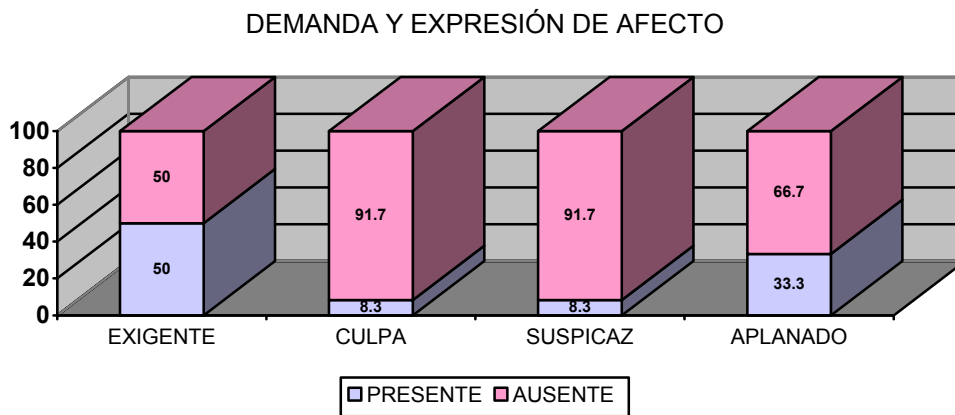


Un 41.7 de los pacientes con ideación suicida presentan una Demanda y Expresión de afecto Exigente.

Tabla 8b. Frecuencias y porcentajes de Demanda y Expresión de Afecto de los pacientes con intento suicida.

DEMANDA Y EXPRESIÓN DE AFECTO	EXIGENTE		CULPA		SUSPICAZ		APLANADO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	6	50	1	8.3	1	8.3	4	33.3
AUSENTE	6	50	11	91.7	11	91.7	8	66.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 8b. Porcentajes de la variable Demanda y expresión de Afecto de los pacientes con intento suicida.

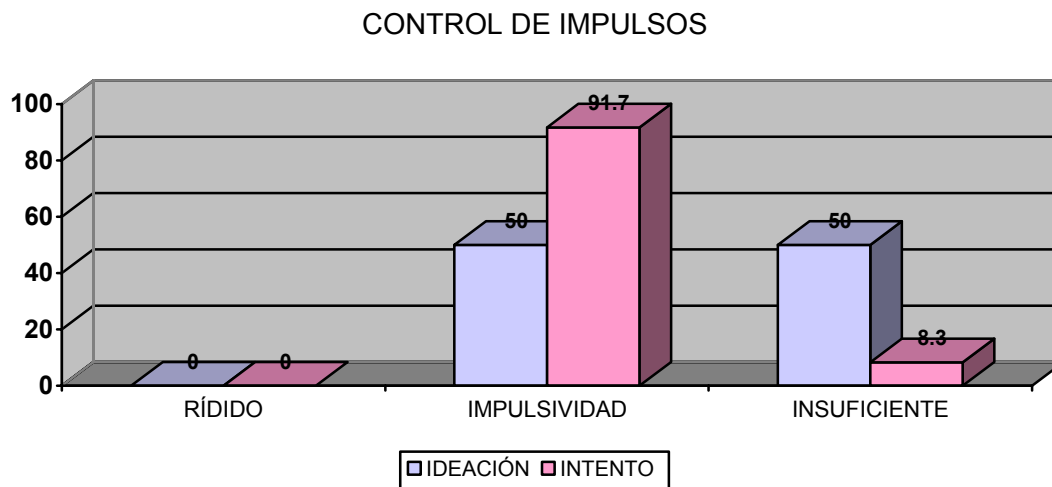


Un 50% de los pacientes con intento suicida presentan una Demanda y Expresión de afecto Exigente.

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de la variable Control de Impulsos de los pacientes con ideación e intento suicida.

CONTROL DE IMPULSOS	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RÍGIDO	0	0	0	0
IMPULSIVIDAD	6	50	11	91.7
INSUFICIENTE	6	50	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 9. Porcentajes de la variable Control de Impulsos de los pacientes con ideación e intento suicida.

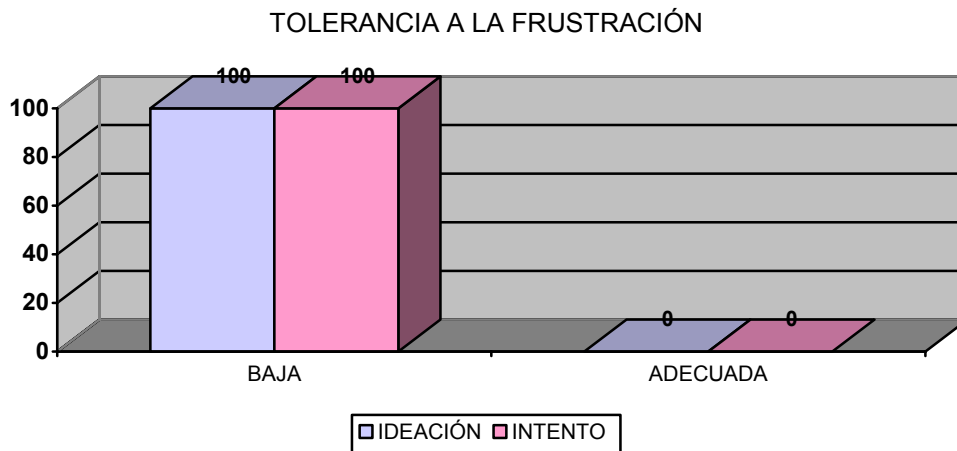


La Impulsividad se presenta en un 50 % de los pacientes con ideación suicida, mientras que en los pacientes con intento suicida se presenta en un 91.7 % de los casos.

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de Tolerancia a la Frustración de los pacientes con ideación e intento suicida.

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	12	100	12	100
ADECUADA	0	0	0	0
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 10. Porcentajes de la variable Tolerancia a la Frustración de los pacientes con ideación e intento suicida.

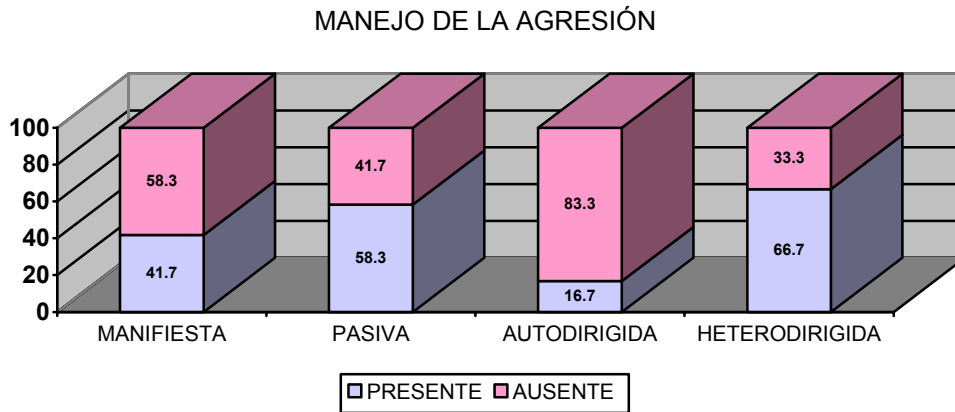


Los pacientes con ideación e intento suicida presentan una Tolerancia a la Frustración baja en el 100% de los casos.

Tabla 11a. Frecuencias y porcentajes de Manejo de la Agresión de los pacientes con ideación suicida.

MANEJO DE LA AGRESIÓN	MANIFIESTA		PASIVA		AUTODIRIGIDA		HETERODIRIGIDA	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	7	41.7	5	58.3	2	16.7	8	66.7
AUSENTE	5	58.3	7	41.7	10	83.3	4	33.3
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 11a. Porcentajes de la variable Manejo de la Agresión de los pacientes con ideación suicida.

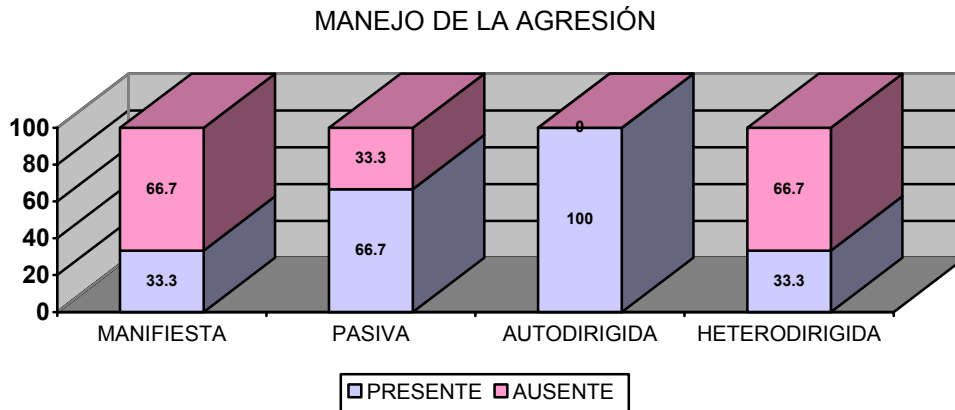


Los pacientes con ideación suicida presentan un Manejo de la Agresión Heterodirigida en un 66.7% de los casos.

Tabla 11b. Frecuencias y porcentajes de Manejo de la Agresión de los pacientes con intento suicida.

MANEJO DE LA AGRESIÓN	MANIFIESTA		PASIVA		AUTODIRIGIDA		HETERODIRIGIDA	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	4	33.3	8	66.7	12	100	4	33.3
AUSENTE	8	66.7	4	33.3	0	0	8	66.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 11b. Porcentajes de la variable Manejo de la Agresión de los pacientes con intento suicida.

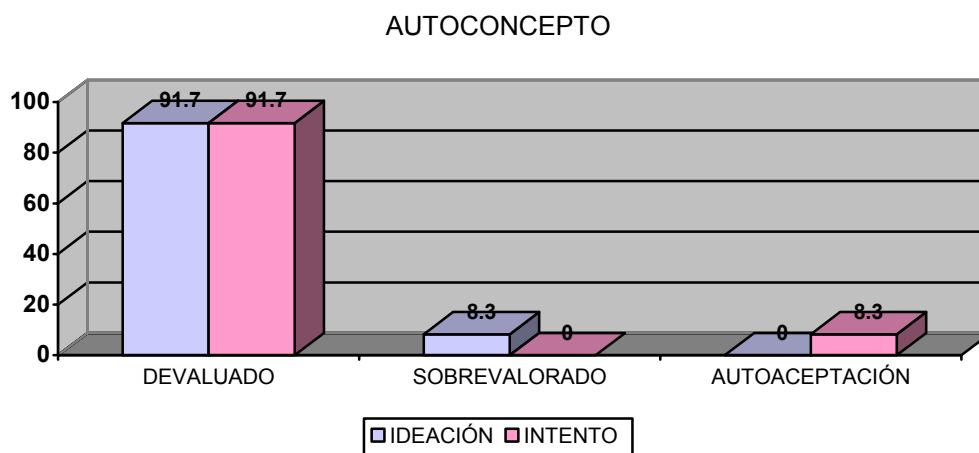


Los pacientes con intento suicida presentan un Manejo de la Agresión Autodirigida en un 100% de los casos.

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes del Autoconcepto de los pacientes con ideación e intento suicida.

AUTOCONCEPTO	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEVALUADO	11	91.7	11	91.7
SOBREVALORADO	1	8.3	0	0
AUTOACEPTACIÓN	0	0	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 12. Porcentajes de la variable Autoconcepto de los pacientes con ideación e intento suicida.

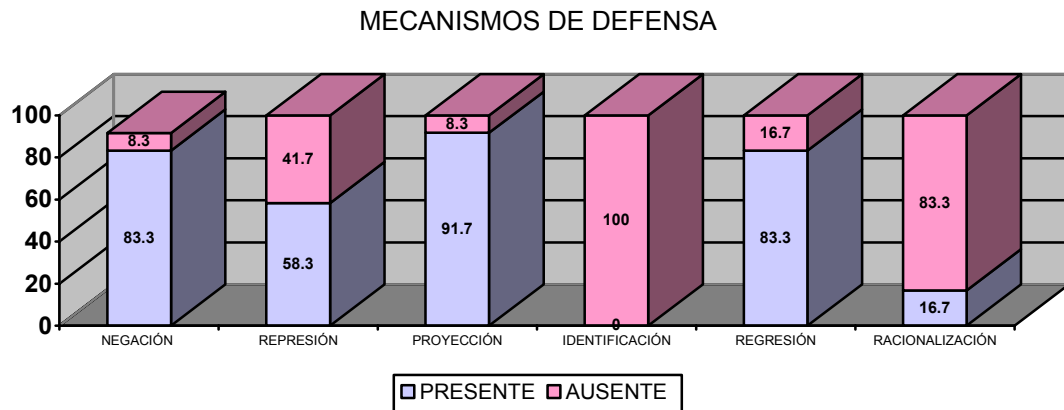


Los pacientes con ideación e intento suicida presentan un Autoconcepto Devaluado en un 91.7 % de los casos.

Tabla 13a. Frecuencias y porcentajes de Mecanismos de Defensa de los sujetos con ideación suicida.

MECANISMOS DE DEFENSA	NEGACIÓN		REPRESIÓN		PROYECCIÓN		IDENTIFICACIÓN		REGRESIÓN		RACIONALIZAC.	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	10	83.3	7	58.3	1	91.7	0	0	10	83.3	2	16.7
AUSENTE	1	8.3	5	41.7	11	8.3	12	100	2	16.7	10	83.3
TOTAL	12	91.7	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 13a. Porcentajes de la variable Mecanismos de Defensa de los pacientes con ideación suicida.

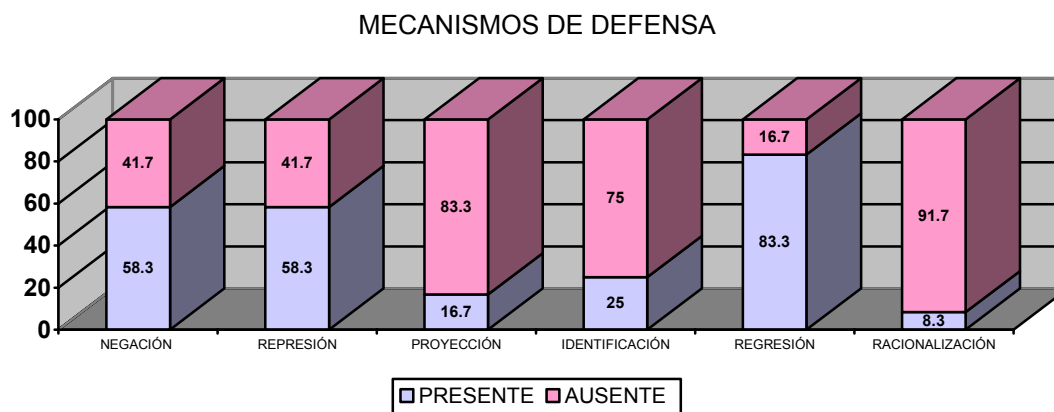


Los pacientes con ideación suicida presentan como Mecanismo de Defensa principal la Proyección con un 91.7% de los casos.

Tabla 13b. Frecuencias y porcentajes de Mecanismos de Defensa de los pacientes con intento suicida.

MECANISMOS DE DEFENSA	NEGACIÓN		REPRESIÓN		PROYECCIÓN		IDENTIFICACIÓN		REGRESIÓN		RACIONALIZAC.	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	7	58.3	7	58.3	2	16.7	3	25	10	83.3	1	8.3
AUSENTE	5	41.7	5	41.7	10	83.3	9	75	2	16.7	11	91.7
TOTAL	12	91.7	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 13b. Porcentajes de la variable Mecanismos de Defensa de los pacientes con intento suicida.

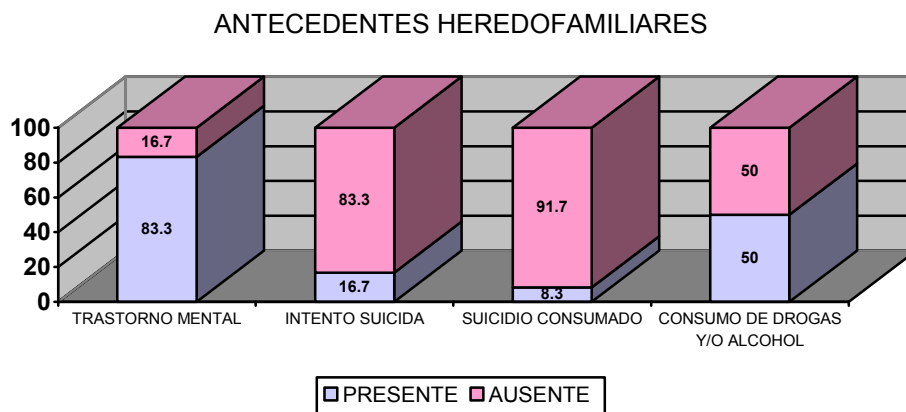


Los pacientes con intento suicida presentan como Mecanismo de Defensa principal la Regresión con un 83.3% de los casos.

Tabla 14a. Frecuencias y porcentajes de Antecedentes Heredofamiliares de los pacientes con ideación suicida.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	TRASTORNO MENTAL		INTENTO SUICIDA		SUICIDIO CONSUMADO		CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	10	83.3	2	16.7	1	8.3	6	50
AUSENTE	2	16.7	10	83.3	11	91.7	6	50
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 14a. Porcentajes de la variable Antecedentes Heredofamiliares de los pacientes con ideación suicida.

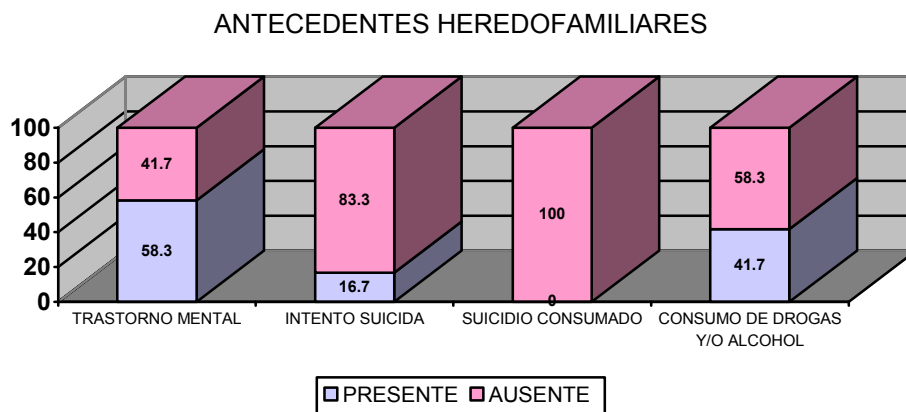


El 83.3% de los pacientes con ideación suicida tienen como Antecedente Heredofamiliar algún Trastorno Mental.

Tabla 14b. Frecuencias y porcentajes de Antecedentes Heredofamiliares de los pacientes con intento suicida.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	TRASTORNO MENTAL		INTENTO SUICIDA		SUICIDIO CONSUMADO		CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	7	58.3	2	16.7	0	0	5	41.7
AUSENTE	5	41.7	10	83.3	12	100	7	58.3
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 14b. Porcentajes de la variable Antecedentes Heredofamiliares de los pacientes con intento suicida.

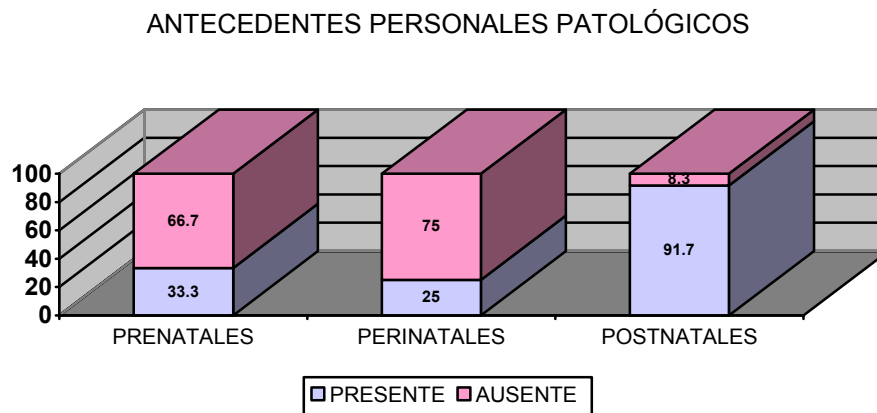


El 58.3% de los pacientes con intento suicida tienen como Antecedente Heredofamiliar algún Trastorno Mental.

Tabla 15a. Frecuencias y porcentajes de Antecedentes Personales Patológicos de los pacientes con ideación suicida.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	PRENATALES		PERINATALES		POSTNATALES	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	4	33.3	3	25	11	91.7
AUSENTE	8	66.7	9	75	1	8.3
TOTAL	12	100	12	100	12	100

Gráfica 15a. Porcentajes de la variable Antecedentes Personales Patológicos de los pacientes con ideación suicida.

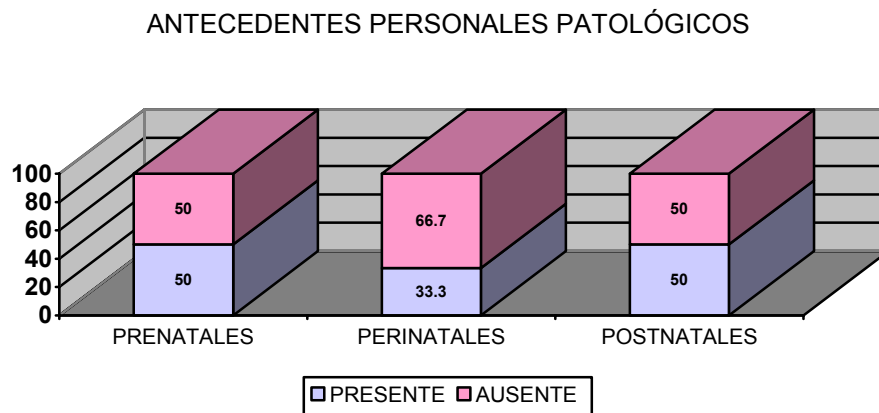


El 91.7% de los pacientes con ideación suicida tienen Antecedente Postnatales Patológicos.

Tabla 15b. Frecuencias y porcentajes de Antecedentes Personales Patológicos de los sujetos con intento suicida.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	PRENATALES		PERINATALES		POSTNATALES	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	6	50	4	33.3	6	50
AUSENTE	6	50	8	66.7	6	50
TOTAL	12	100	12	100	12	100

Gráfica 15b. Porcentajes de la variable Antecedentes Personales Patológicos de los pacientes con intento suicida.

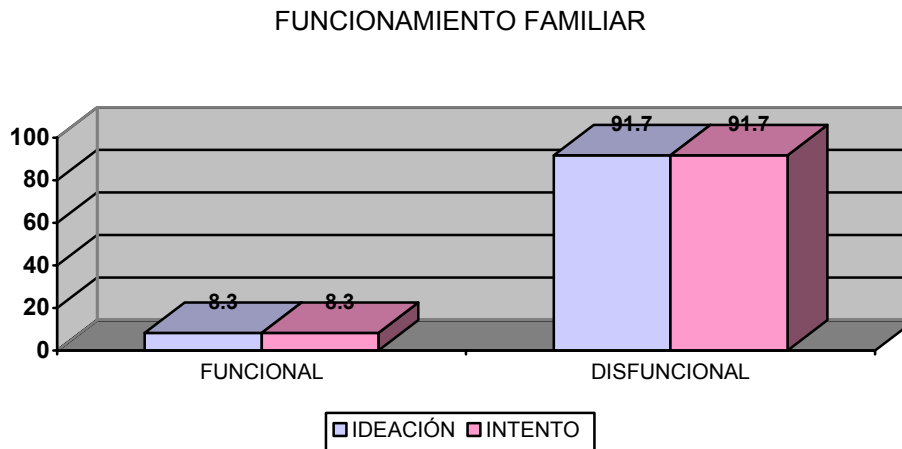


El 50% de los pacientes con intento suicida tienen Antecedente Postnatales y Prenatales Patológicos.

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes del Funcionamiento Familiar de los paciente con ideación e intento suicida.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	1	8.3	1	8.3
DISFUNCIONAL	11	91.7	11	91.7
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 16. Porcentajes de la variable Funcionamiento Familiar de los pacientes con ideación e intento suicida.

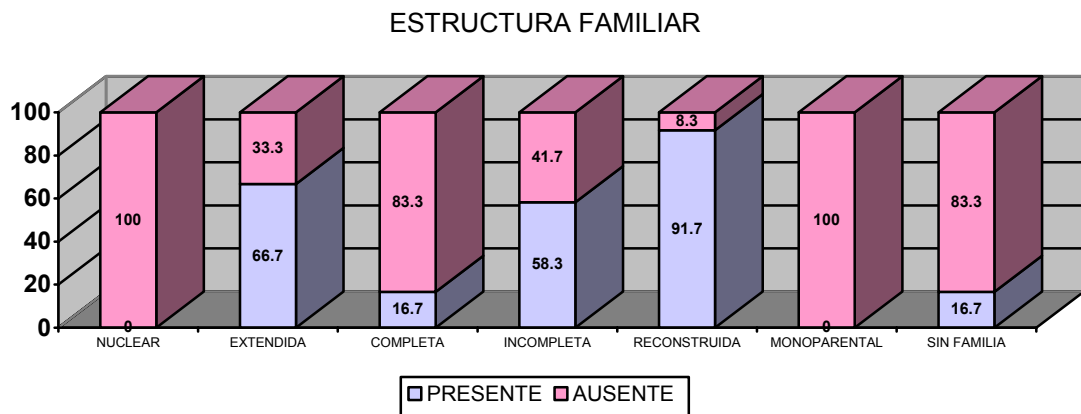


Los pacientes con ideación e intento suicida presentan en un 91.7% de los casos Disfuncionalidad Familiar.

Tabla 17a. Frecuencias y porcentajes de Estructura Familiar de los pacientes con ideación suicida.

ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR		EXTENDIDA		COMPLETA		INCOMPLETA		RECONSTRUIDA		MONOPARENTAL		SIN FAMILIA	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	8	66.7	2	16.7	7	58.3	11	91.7	0	0	2	16.7
AUSENTE	12	100	4	33.3	10	83.3	5	41.7	1	8.3	12	100	10	83.3
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 17a. Porcentajes de la variable Estructura Familiar de los pacientes con ideación suicida.

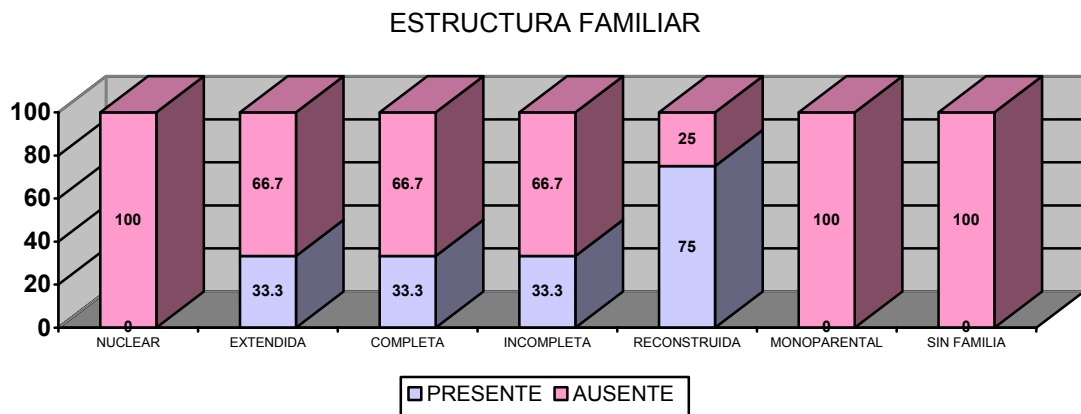


Los pacientes con ideación suicida presentan una familia Reconstruida en un 91.7% de los casos.

Tabla 17b. Frecuencias y porcentajes de Estructura Familiar de los pacientes con intento suicida.

ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR		EXTENDIDA		COMPLETA		INCOMPLETA		RECONSTRUIDA		MONOPARENTAL		SIN FAMILIA	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	4	33.3	4	33.3	4	33.3	9	75	0	0	0	0
AUSENTE	12	100	8	66.7	8	66.7	8	66.7	3	25	12	100	12	100
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 17b. Porcentajes de la variable Estructura Familiar de los pacientes con intento suicida.

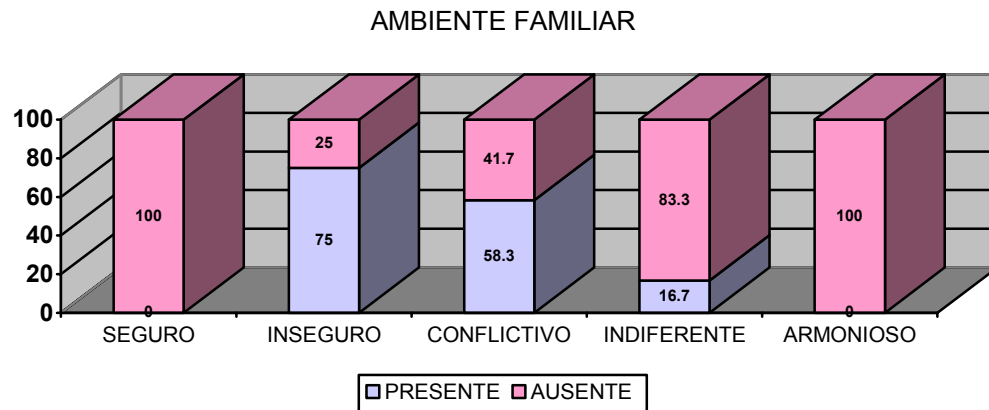


Los pacientes con intento suicida presentan una familia Reconstruida en un 75% de los casos.

Tabla 18a. Frecuencias y porcentajes de Ambiente Familiar de los pacientes con ideación suicida.

AMBIENTE FAMILIAR	SEGURO		INSEGURO		CONFLICTIVO		INDIFERENTE		ARMONIOSO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	9	75	7	58.3	2	16.7	0	0
AUSENTE	12	100	3	25	5	41.7	10	83.3	12	100
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 18a. Porcentajes de la variable Ambiente Familiar de los pacientes con ideación suicida.

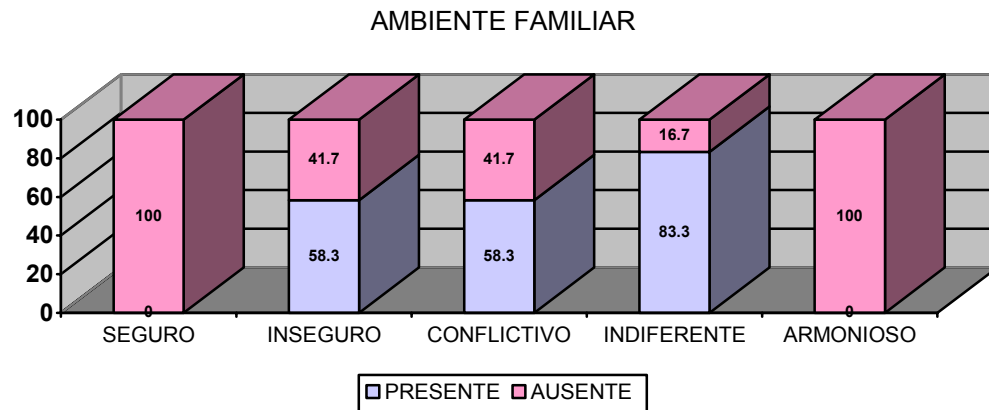


Los pacientes con ideación suicida presentan un Ambiente Familiar Inseguro en 75% de los casos.

Tabla 18b. Frecuencias y porcentajes de Ambiente Familiar de los pacientes con intento suicida.

AMBIENTE FAMILIAR	SEGURO		INSEGURO		CONFLICTIVO		INDIFERENTE		ARMONIOSO	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	7	58.3	7	58.3	10	83.3	0	0
AUSENTE	12	100	5	41.7	5	41.7	2	16.7	12	100
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 18b. Porcentajes de la variable Ambiente Familiar de los pacientes con intento suicida.

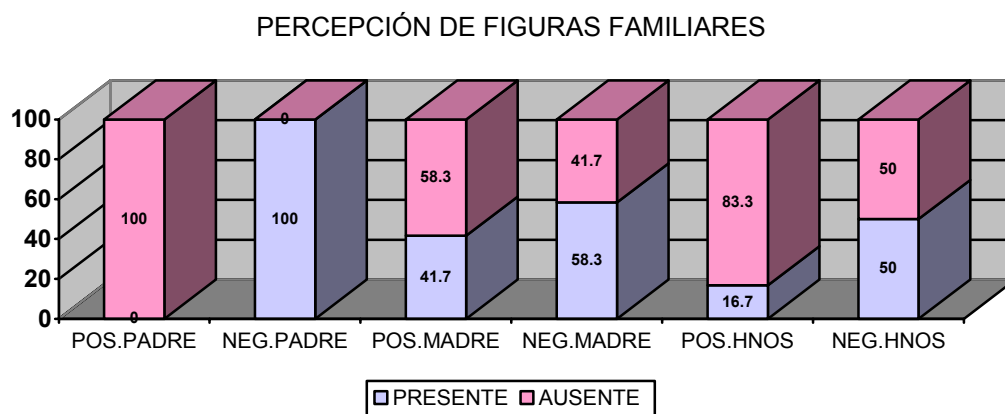


Los pacientes con intento suicida presentan un Ambiente Familiar Indiferente en 83.3% de los casos.

Tabla 19a. Frecuencias y porcentajes de Percepción de Figuras Familiares de los pacientes con ideación suicida

PERCEPCIÓN DE FIGURAS FAMILIARES	POSITIVA DEL PADRE		NEGATIVA DEL PADRE		POSITIVA DE LA MADRE		NEGATIVA DE LA MADRE		POSITIVA DE LOS HERMANOS		NEGATIVA DE LOS HERMANOS	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	0	0	12	100	5	41.7	7	58.3	2	16.7	6	50
AUSENTE	12	100	0	0	7	58.3	5	41.7	10	83.3	6	50
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 19a. Porcentajes de la variable Percepción de Figuras Familiares de los pacientes con ideación suicida.

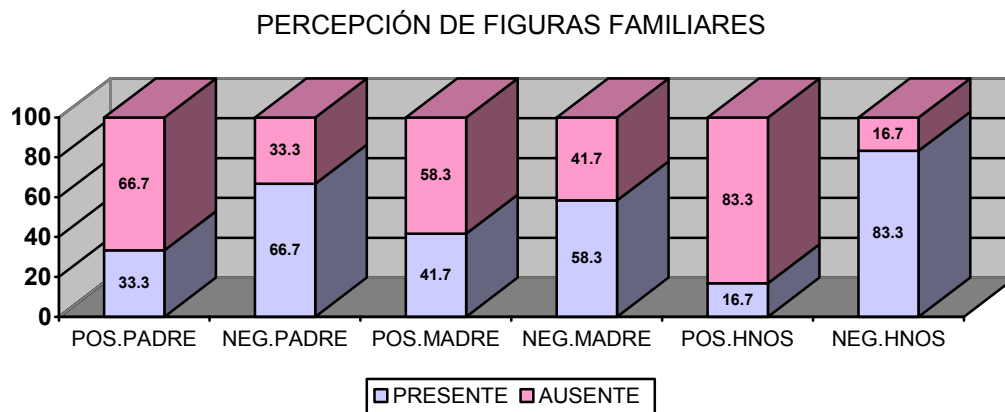


Los pacientes con ideación suicida presentan una Percepción Negativa del Padre en el 100% de los casos.

Tabla 19b. Frecuencias y porcentajes de Percepción de Figuras Familiares de los pacientes con intento suicida.

PERCEPCIÓN DE FIGURAS FAMILIARES	POSITIVA DEL PADRE		NEGATIVA DEL PADRE		POSITIVA DE LA MADRE		NEGATIVA DE LA MADRE		POSITIVA DE LOS HERMANOS		NEGATIVA DE LOS HERMANOS	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	4	33.3	8	66.7	5	41.7	7	58.3	2	16.7	10	83.3
AUSENTE	8	66.7	4	33.3	7	58.3	5	41.7	10	83.3	2	16.7
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 19b. Porcentajes de la variable Percepción de Figuras Familiares de los pacientes con intento suicida.

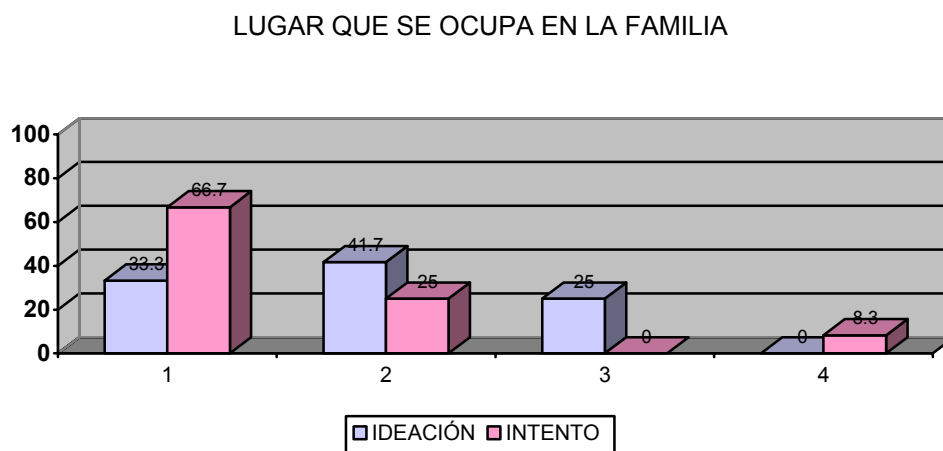


Los pacientes con intento suicida presentan una Percepción Negativa de los Hermanos en el 83.3% de los casos.

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes de Lugar que se ocupa en la Familia de los pacientes con ideación e intento suicida

LUGAR QUE SE OCUPA EN LA FAMILIA	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	4	33.3	8	66.7
2	5	41.7	3	25
3	3	25	0	0
4	0	0	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 20. Porcentajes de la variable Lugar que se ocupa en la Familia de los pacientes con ideación e intento suicida.

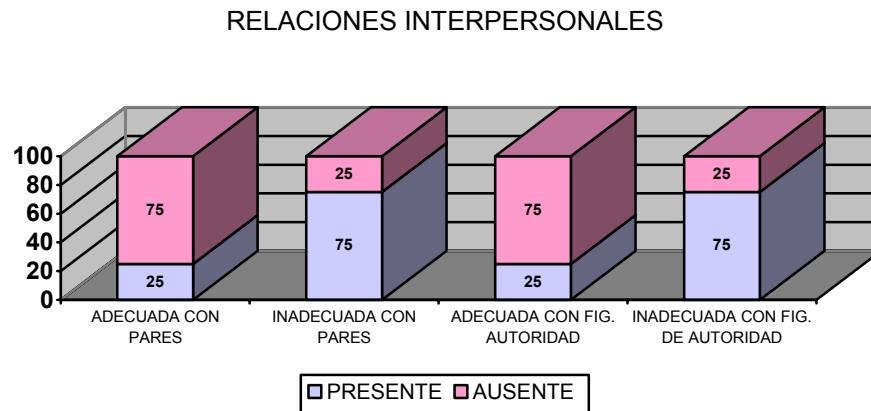


Los pacientes con ideación suicida ocupan el segundo lugar dentro de la familia en un 41.7% de los casos, mientras que los pacientes con intento suicida ocupan el primer lugar dentro de la familia con un 66.7% de los casos.

Tabla 21a. Frecuencias y porcentajes de Relaciones Interpersonales de los pacientes con ideación suicida.

RELACIONES INTERPERSONALES	ADECUADA CON PARES		INADECUADA CON PARES		ADECUADA CON FIG. DE AUTORIDAD		INADECUADA CON FIG. DE AUTORIDAD	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	3	25	9	75	3	25	9	75
AUSENTE	9	75	3	25	9	75	3	25
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 21a. Porcentajes de la variable Relaciones Interpersonales de los pacientes con ideación suicida.

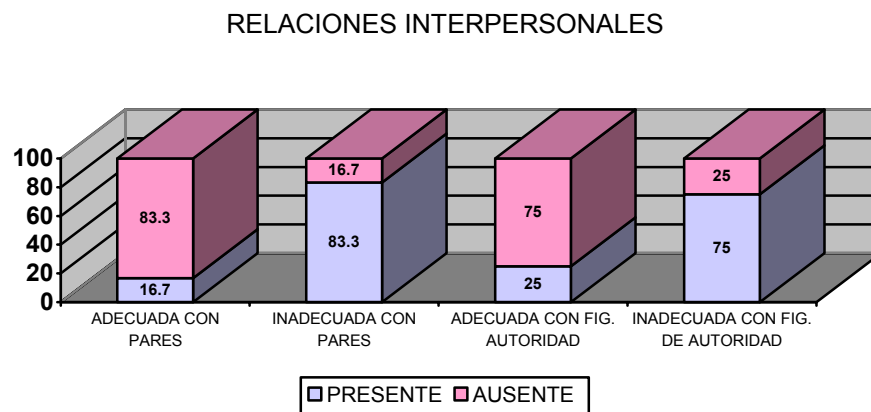


Un 75% de los pacientes con ideación suicida presentan una relación inadecuada tanto con pares como con figuras de autoridad.

Tabla 21b. Frecuencias y porcentajes de Relaciones Interpersonales de los pacientes con intento suicida

RELACIONES INTERPERSONALES	ADECUADA CON PARES		INADECUADA CON PARES		ADECUADA CON FIG. DE AUTORIDAD		INADECUADA CON FIG. DE AUTORIDAD	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	2	16.7	10	83.3	3	25	9	75
AUSENTE	10	83.3	2	16.7	9	75	3	25
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 21b. Porcentajes de la variable Relaciones Interpersonales de los pacientes con intento suicida.

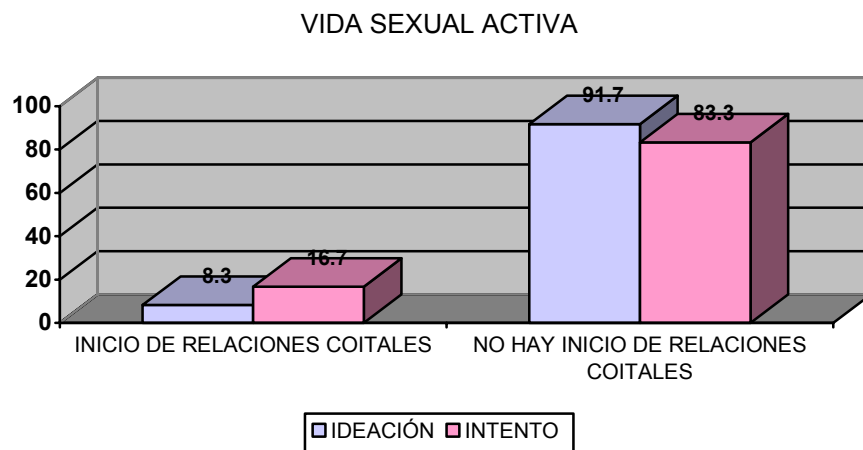


Un 83.3% de los pacientes con intento suicida presentan una relación inadecuada con pares y el 75% con figuras de autoridad.

Tabla 22. Frecuencias y porcentajes de Vida Sexual Activa de los pacientes con ideación e intento suicida.

VIDA SEXUAL ACTIVA	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIO DE RELACIONES COITALES	1	8.3	2	16.7
NO HAY INICIO DE RELACIONES COITALES	11	91.7	10	83.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 22. Porcentajes de la variable Vida Sexual Activa de los pacientes con ideación e intento suicida.

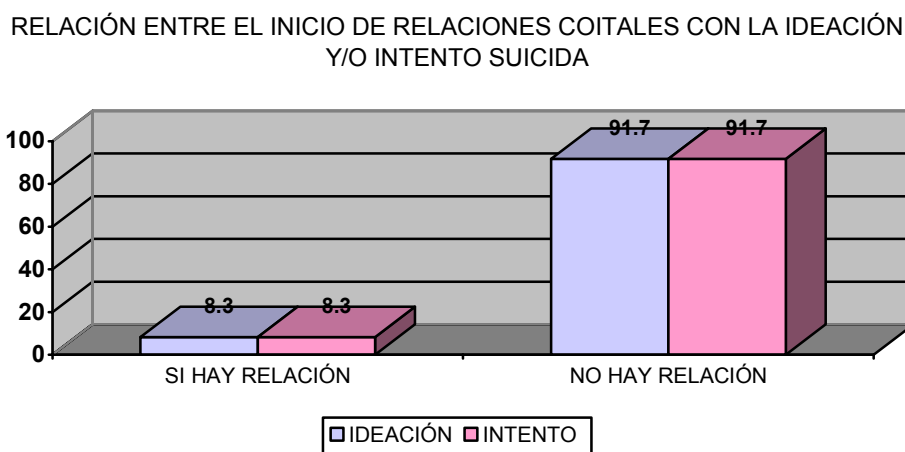


Un 91.7% de los pacientes con ideación suicida y un 83.3 de los pacientes con intento suicida no han iniciado Vida Sexual Activa,

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes de la Relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación e intento suicida.

RELACIÓN ENTRE EL INICIO DE RELACIONES COITALES CON LA IDEACIÓN SUICIDA	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI HAY RELACIÓN	1	8.3	1	8.3
NO HAY RELACIÓN	11	91.7	11	91.7
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 23. Porcentajes de la variable Relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación e intento suicida.

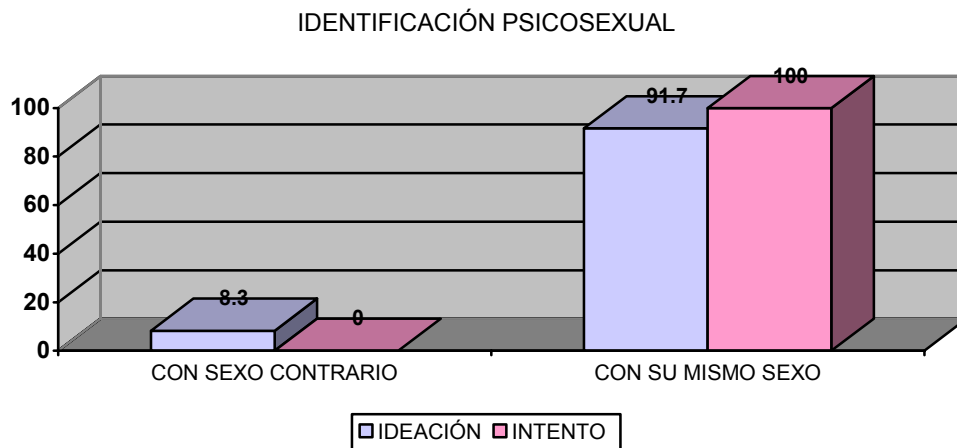


En un 91.7% de los pacientes no existe relación entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida.

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes de Identificación Psicosexual de los pacientes con ideación e intento suicida.

IDENTIFICACIÓN PSICOSEXUAL	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON SEXO CONTRARIO	1	8.3	0	0
CON SU MISMO SEXO	11	91.7	12	100
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 24. Porcentajes de la variable Identificación Psicosexual de los pacientes con ideación e intento suicida.



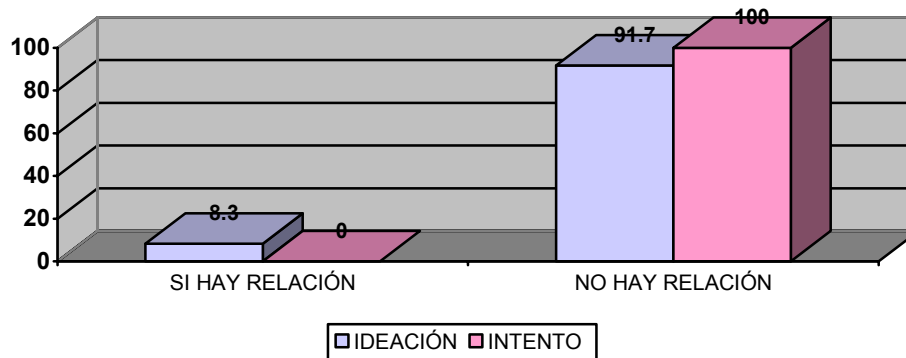
El 91.7% de los pacientes con ideación suicida y el 100% de los pacientes con Intento suicida tienen una Identificación Psicosexual con su mismo sexo.

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes de la Relación entre la Identificación Psicosexual con la ideación e intento suicida

IDENTIFICACIÓN PSICOSEXUAL	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI HAY RELACIÓN	1	8.3	0	0
NO HAY RELACIÓN	11	91.7	12	100
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 23. Porcentajes de la variable Relación entre la Identificación Psicosexual con la ideación e intento suicida.

RELACIÓN ENTRE LA IDENTIFICACIÓN PSICOSEXUAL CON LA IDEACIÓN Y/O INTENTO SUICIDA

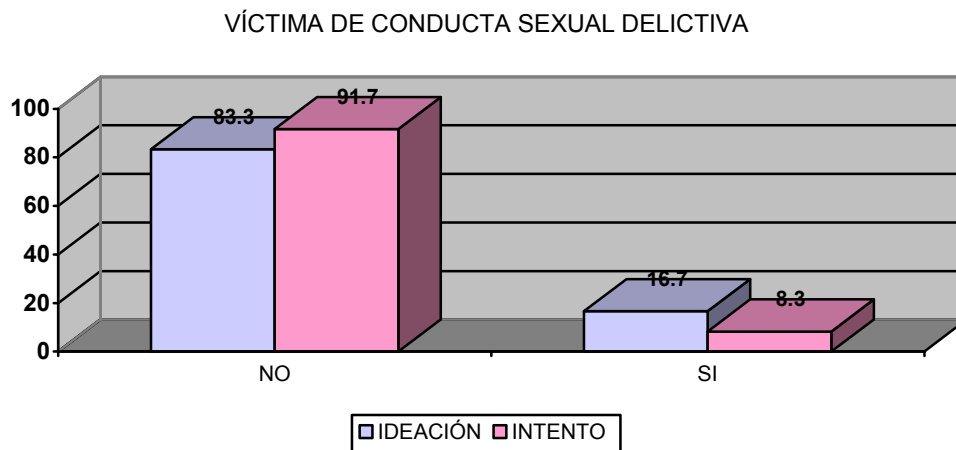


En un 91.7% de los pacientes con ideación suicida y en el 100% de los pacientes con intento suicida, no existe relación entre la identificación psicosexual con la ideación y/o intento suicida.

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes de Víctima de Conducta sexual delictiva de los pacientes con ideación e intento suicida.

VÍCTIMA DE CONDUCTA SEXUAL DELICTIVA	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	10	83.3	11	91.7
SI	2	16.7	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 24. Porcentajes de la variable Víctima de Conducta sexual delictiva de los pacientes con ideación e intento suicida.

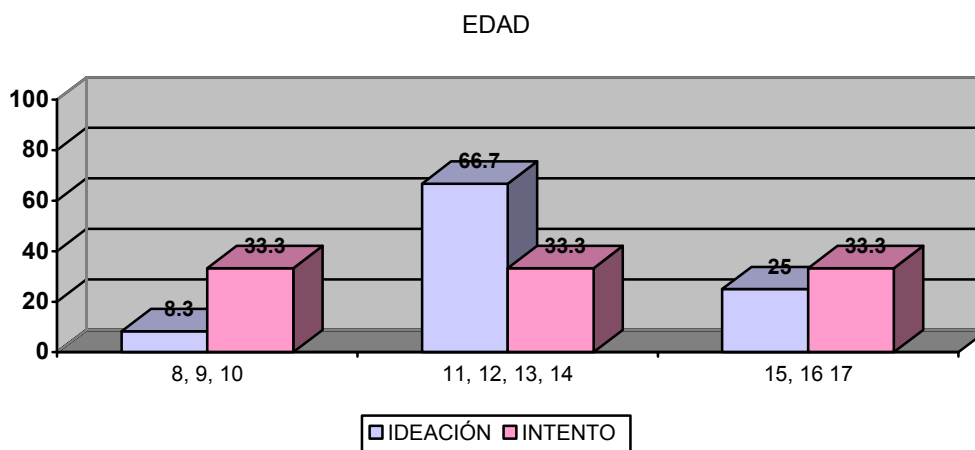


Un 83% de los pacientes con ideación suicida y un 91.7% de los pacientes con intento suicida no son víctimas de alguna conducta sexual delictiva.

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes de Edad de los pacientes con ideación e intento suicida.

EDAD	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8	0	0	3	25
9	0	0	0	0
10	1	8.3	1	8.3
11	0	0	0	0
12	3	25	1	8.3
13	5	41.7	2	16.7
14	0	0	1	8.3
15	0	0	1	8.3
16	3	25	2	16.7
17	0	0	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 25. Porcentajes de la variable Edad de los pacientes con ideación e intento suicida.

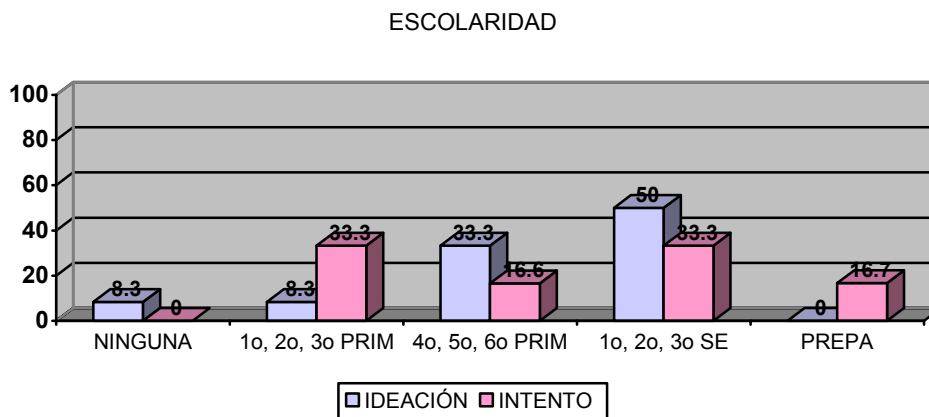


Los pacientes con ideación suicida en un 66.7% de los casos presentan una edad de entre 12 y 13 años, mientras que los pacientes que presentaron intento suicida en un 25% de los casos presentan una edad de 8 años.

Tabla 26. Frecuencias y porcentajes de Escolaridad de los pacientes con ideación e intento suicida.

ESCOLARIDAD	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	1	8.3	0	0
1o PRIMARIA	1	8.3	2	16.7
2o PRIMARIA	0	0	0	0
3o PRIMARIA	0	0	2	16.7
4o PRIMARIA	4	33.3	1	8.3
5o PRIMARIA	0	0	1	8.3
6o PRIMARIA	0	0	0	0
1o SECUNDARIA	3	25	1	8.3
2o SECUNDARIA	1	8.3	2	16.7
3o SECUNDARIA	2	16.7	1	8.3
1o PREPA	0	0	1	8.3
2o PREPA	0	0	1	8.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 26. Porcentajes de la variable Escolaridad de los pacientes con ideación e intento suicida.

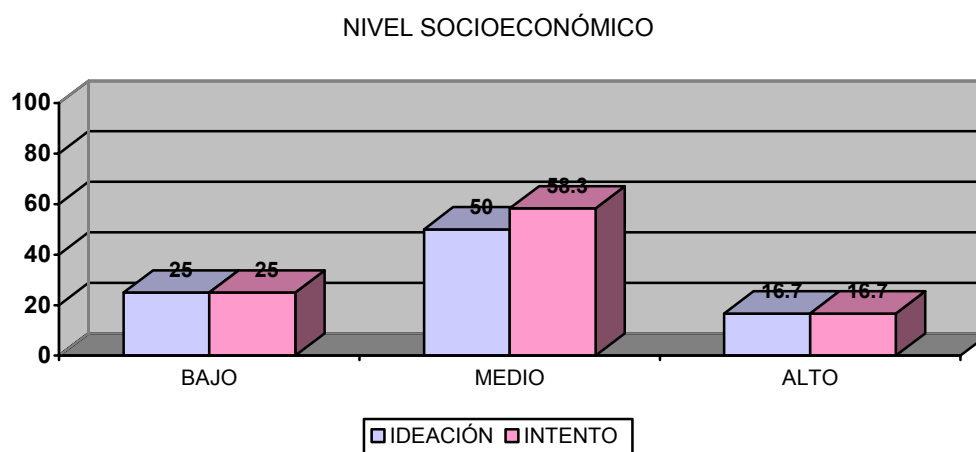


Los pacientes con ideación suicida en el 50% de los casos tienen una escolaridad de secundaria, mientras que los pacientes con intento suicida tienen una escolaridad de 1º, 2º, y 3º tanto de primaria como de secundaria, con un 33.3% de los casos.

Tabla 27. Frecuencias y porcentajes del Nivel Socioeconómico de los pacientes con ideación e intento suicida

NIVEL SOCIOECONÓMICO	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	3	25.0	3	25.0
MEDIO	6	50.0	7	58.3
ALTO	2	16.7	2	16.7
TOTAL	11	91.7	12	100.0

Gráfica 27. Porcentajes de la variable Nivel Socioeconómico de los pacientes con ideación e intento suicida.

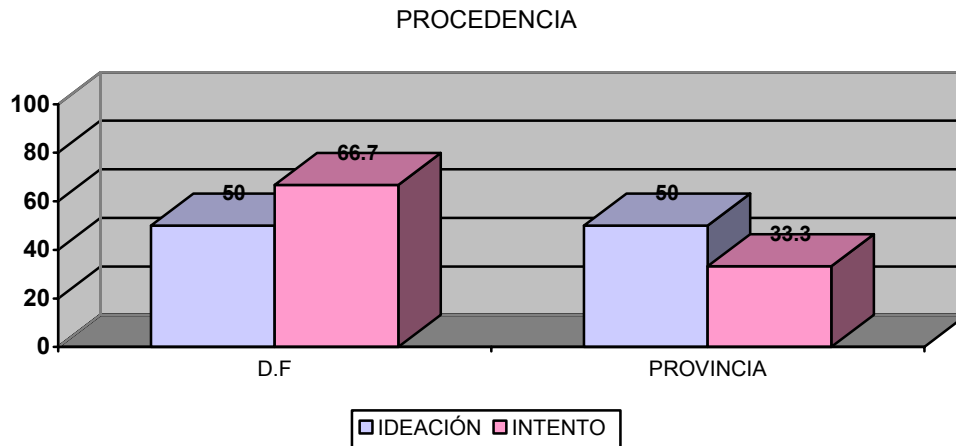


Un 50% de los pacientes con ideación suicida y un 58% de los pacientes con intento suicida tienen un nivel socioeconómico Medio.

Tabla 28. Frecuencias y porcentajes de Procedencia de los pacientes con ideación e intento suicida.

PROCEDENCIA	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
D.F	6	50	8	66.7
PROVINCIA	6	50	4	33.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 28. Porcentajes de la variable Procedencia de los pacientes con ideación e intento suicida.

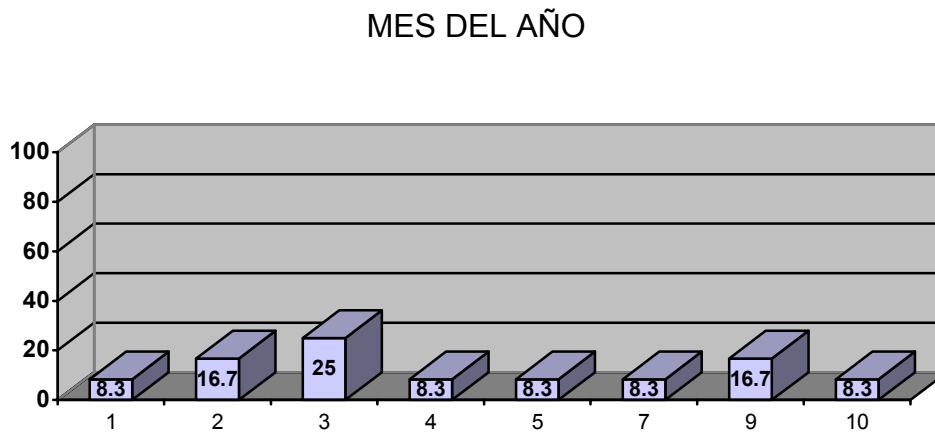


Un 50% de los pacientes con ideación suicida son del DF y el otro 50% pertenecen a Provincia, mientras que un 66.7% de los pacientes con intento pertenecen al DF y un 33.3% son de Provincia.

Tabla 29a. Frecuencias y porcentajes del Mes del año en que los pacientes presentaron ideación suicida.

MES DEL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENERO	1	8.3
FEBRERO	2	16.7
MARZO	3	25
ABRIL	1	8.3
MAYO	1	8.3
JULIO	1	8.3
SEPTIEMBRE	2	16.7
OCTUBRE	1	8.3
TOTAL	12	100.0

Gráfica 29a. Porcentajes de la variable Mes del año en que los sujetos presentaron ideación suicida.

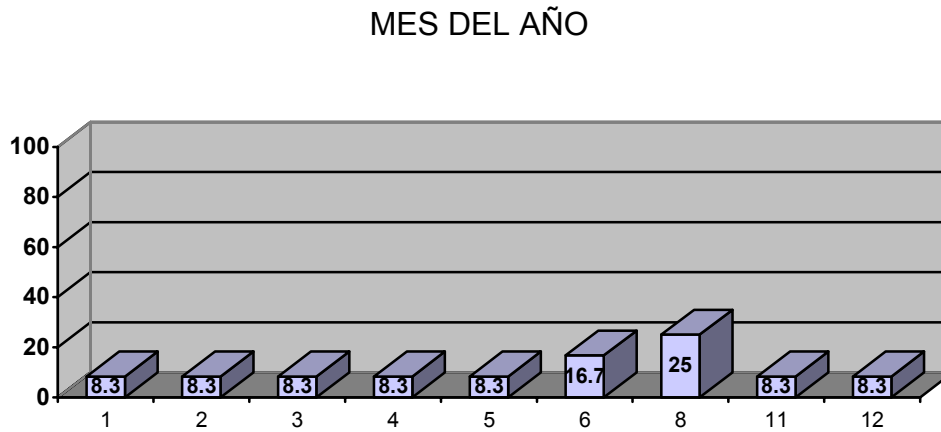


El mes más concurrido por los pacientes con alguna ideación suicida fu Marzo con un 25% de los casos.

Tabla 29b. Frecuencias y porcentajes del Mes del año en que los pacientes presentaron intento suicida.

MES DEL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENERO	1	8.3
FEBRERO	1	8.3
MARZO	1	8.3
ABRIL	1	8.3
MAYO	1	8.3
JUNIO	2	16.7
AGOSTO	3	25
NOVIEMBRE	1	8.3
DICIEMBRE	1	8.3
TOTAL	12	100.0

Gráfica 29b. Porcentajes de la variable Mes del año en que los sujetos presentaron intento suicida.

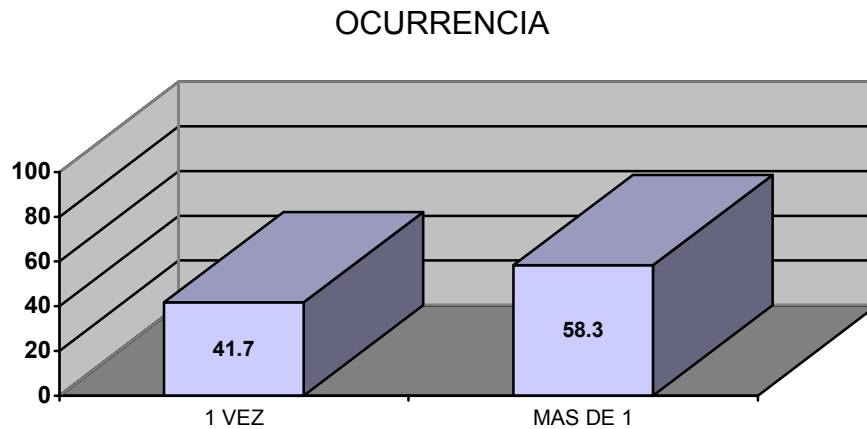


El mes más concurrido por los pacientes con algún intento suicida fue agosto con un 25% de los casos.

Tabla 30. Frecuencias y porcentajes de Ocurrencia de los pacientes con ideación e intento suicida.

OCURRENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ	5	41.7
MAS DE 1	7	58.3
TOTAL	12	100.0

Gráfica 30. Porcentajes de la variable Ocurrencia de los pacientes con ideación e intento suicida.

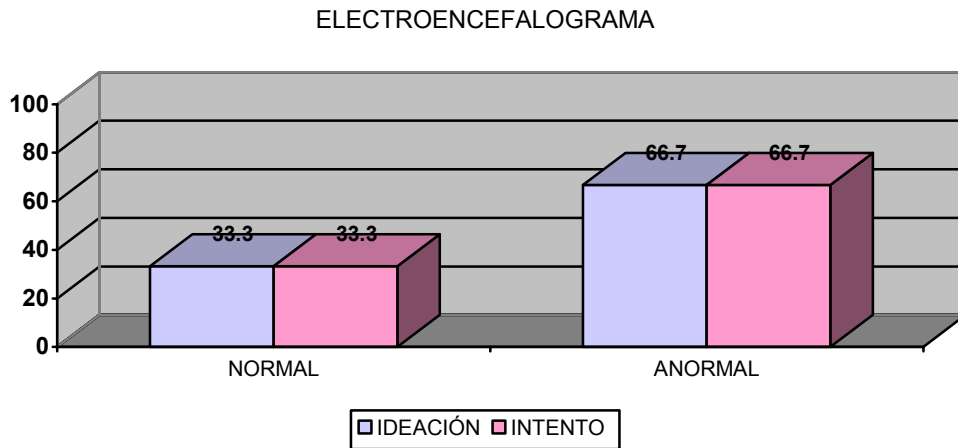


Los pacientes con ideación e intento suicida en un 58.3% de los casos tuvieron mas de una vez pensamientos o actos suicidas.

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes de Electroencefalograma de los sujetos con ideación e intento suicida.

ELECTROENCEFALOGRAMA	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	4	33.3	4	33.3
ANORMAL	8	66.7	8	66.7
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 31. Porcentajes de la variable Electroencefalograma de los sujetos con ideación e intento suicida.

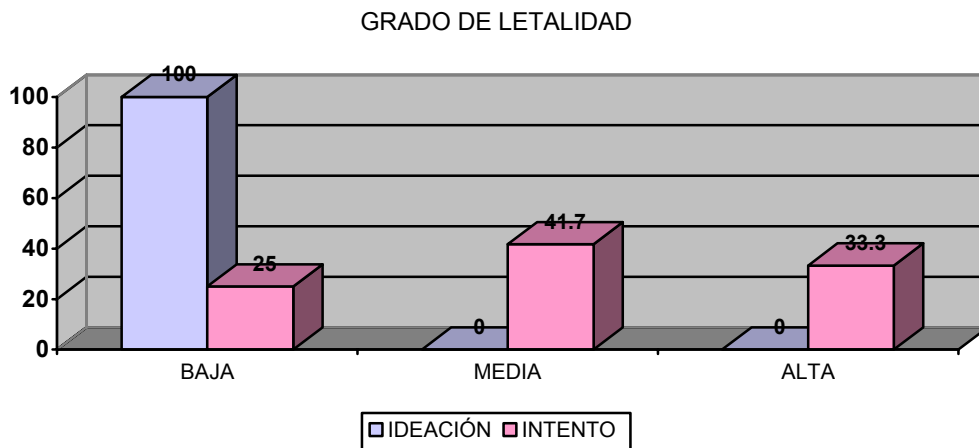


Los pacientes con ideación e intento suicida presentaron un Electroencefalograma Anormal en el 66.7% de los casos.

Tabla 32. Frecuencias y porcentajes de Grado de Letalidad de los sujetos con ideación e intento suicida.

GRADO DE LETALIDAD	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	12	100	3	25
MEDIA	0	0	5	41.7
ALTA	0	0	4	33.3
TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfica 32. Porcentajes de la variable Grado de Letalidad de los sujetos con ideación e intento suicida.

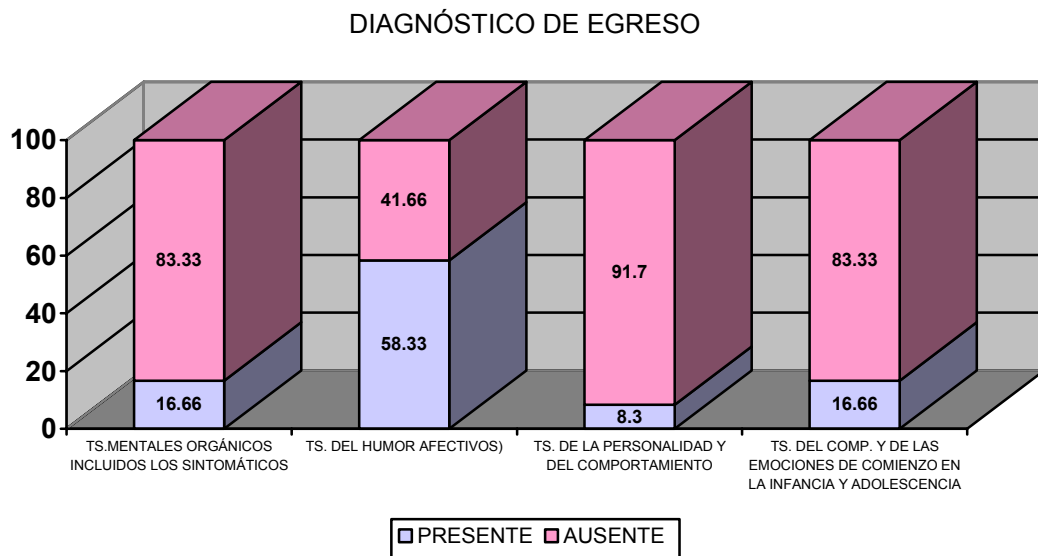


Los pacientes con ideación suicida presentan un Grado e Letalidad Bajo en el 100% de los casos, mientras que los pacientes con intento suicida presentan un Grado de Letalidad Medio en el 41.7% de los casos.

Tabla 33a. Frecuencias y porcentajes de Diagnóstico de Egreso de los pacientes con ideación suicida.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO	TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS		TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)		TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO		TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	2	16.66	7	58.33	1	8.3	2	16.66
AUSENTE	10	83.33	5	41.66	11	91.66	10	83.33
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 33a. Porcentajes de la variable Diagnóstico de Egreso de los pacientes con ideación suicida.

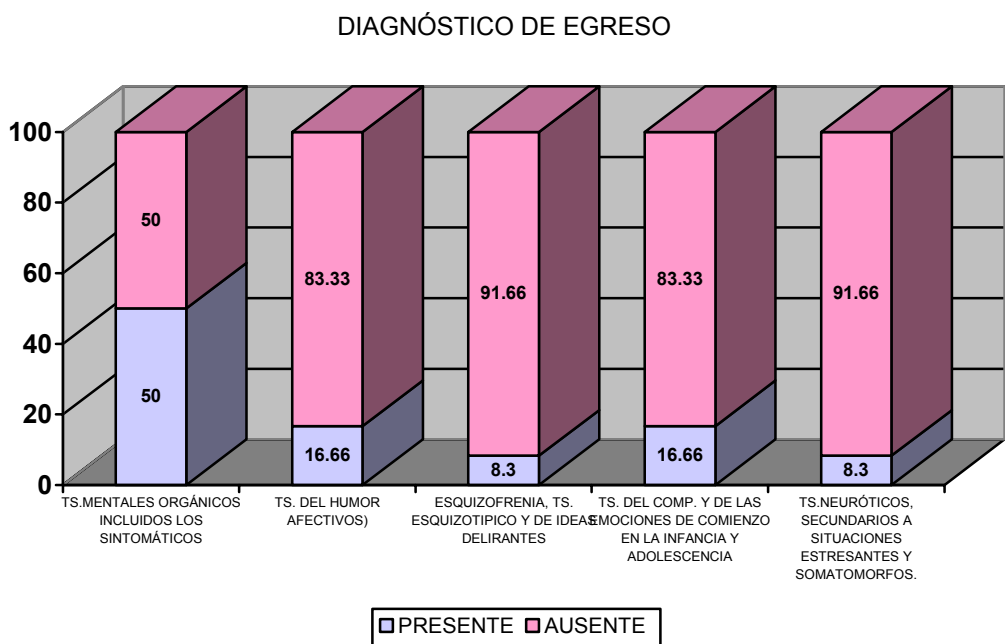


Un 58.33 % de los pacientes con ideación suicida presentan Un Diagnóstico de Egreso de Trastorno del Humor (Afectivos).

Tabla 33b. Frecuencias y porcentajes de Diagnóstico de Egreso de los pacientes con intento suicida.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO	TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS		TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)		ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y DE IDEAS DELIRANTES		TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA		TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS	
	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.	FREC.	PORC.
PRESENTE	6	50	2	16.66	1	8.3	2	16.66	1	8.3
AUSENTE	6	50	10	83.33	11	91.66	10	83.33	11	91.66
TOTAL	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100

Gráfica 33b. Porcentajes de la variable Diagnóstico de Egreso de los pacientes con intento suicida.



Un 50% de los pacientes con intento suicida presentan un Diagnóstico de Egreso de Trastornos Mentales Orgánicos incluidos los Sintomáticos.

Análisis Diferencial.

Tabla 1. Diferencias entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, con relación al control de impulsos utilizado.

VARIABLE	CONTROL DE IMPULSOS.	
	IDEACIÓN.	INTENTO.
MEDIA DE LOS RANGOS.	15.00	10.00
MANN – WHITNEY U.	42.000	
Z.	-2.198	
SIGNIFICANCIA.	.028	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto al control de impulsos utilizado, existe una diferencia significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. Como se aprecia en el control de impulsos, las diferencias se hacen más evidentes en los pacientes que presentan intento suicida; los cuáles en su gran mayoría presentan impulsividad

Tabla 2. Diferencias entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, con relación al manejo de la agresividad autodirigida empleada.

MANEJO DE LA AGRESIVIDAD	AUTODIRIGIDA.	
	IDEACIÓN.	INTENTO.
MEDIA DE LOS RANGOS.	7.50	17.50
MANN – WHITNEY U.	12.000	
Z.	-4.053	
SIGNIFICANCIA.	.000	

En esta tabla se puede observar que en el manejo de la agresividad autodirigida, existe una diferencia significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. Como se aprecia, las diferencias se hacen mas evidentes en los pacientes con ideación suicida.

Tabla 3. Diferencias entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, con relación a los antecedentes personales patológicos postnatales que presentan.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.	POSTNATALES.	
	IDEACIÓN.	INTENTO.
CONDICIÓN.	15.000	10.00
MEDIA DE LOS RANGOS.	15.000	10.00
MANN – WHITNEY U.	42.000	
Z.	-2.198	
SIGNIFICANCIA.	.028	

En esta tabla se puede observar que en antecedentes personales patológicos, específicamente en los postnatales, existe una diferencia significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. Como se aprecia, las diferencias se hacen mas evidentes en los pacientes con intento suicida.

Tabla 4. Diferencias entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, con relación a la percepción de figuras familiares que manifiestan.

PERCEPCIÓN DE FIGURAS FAMILIARES.	POSITIVA DEL PADRE.		NEGATIVA DEL PADRE.	
	IDEACIÓN.	INTENTO.	IDEACIÓN.	INTENTO.
MEDIA DE LOS RANGOS.	10.50	14.50	14.50	10.50
MANN – WHITNEY U.	48.000		48.000	
Z.	-2.145		-2.145	
SIGNIFICANCIA.	.032		.032	

En esta tabla se puede observar que en cuanto a la percepción de figuras familiares, tanto positiva del padre como negativa del padre, existe una diferencia significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. Como se aprecia en la percepción de figuras familiares positiva del padre las diferencias se hacen más evidentes en los pacientes que presentan ideación suicida; y en la percepción de figuras familiares negativa del padre, las diferencias se cargan en los pacientes que presentan intento suicida.

Tabla 5. Diferencias entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, con relación a la ocurrencia que presentan.

VARIABLE.	OCURRENCIA.	
	IDEACIÓN.	INTENTO.
MEDIA DE LOS RANGOS.	5.50	10.46
MANN – WHITNEY U.	12.500	
Z.	-2.099	
SIGNIFICANCIA.	.036	

En esta tabla se puede observar que en cuanto a la ocurrencia, existe una diferencia significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. Como se aprecia, en la variable de ocurrencia las diferencias se cargan en los pacientes de ideación suicida.

Tabla 6. Análisis comparativo entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, con relación al grado de letalidad que presentan.

VARIABLE.	GRADO DE LETALIDAD.	
	IDEACIÓN.	INTENTO.
MEDIA DE LOS RANGOS.	7.50	16.13
MANN – WHITNEY U.	16.500	
Z.	-3.494	
SIGNIFICANCIA.	.000	

En esta tabla se puede observar que en relación al grado de letalidad, existe una diferencia significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. Como se aprecia, las diferencias se hacen más evidentes en los pacientes de ideación suicida; los cuáles presentan en su totalidad un grado de letalidad bajo.

DISCUSIÓN.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, relacionados con aspectos teóricos empleados en los capítulos.

En cuanto a los Medios utilizados con mayor frecuencia en los pacientes que han presentado intento suicida fueron lesiones con armas punzo cortantes y ahorcamiento, puede observarse que en cuanto al medio de objetos punzocortantes, los resultados corresponden con los encontrados por González Forteza (Cit. en Sentíes, 2004) en donde los datos arrojados en el año 2000 con respecto al intento suicida en la población joven fueron los siguientes: Métodos empleados: Pastillas/medicamentos: 16% en hombres y 36.2 % en mujeres; Objetos punzocortantes: 48.5% en hombres y 48.9% en mujeres, Ahorcarse/asfixia: 8.3% en hombres y 3% en mujeres. En ambas investigaciones, cabe enfatizar la tendencia a la utilización de métodos de alta letalidad.

Los pacientes de Ideación e intento suicida presentan con mayor frecuencia un Coeficiente Intelectual Normal, aunque podemos ver una tendencia hacia un C.I Subnormal y Limítrofe en la Ideación Suicida, mientras que en los Intentos Suicidas hay una tendencia a un C.I Normal Brillante. Teóricamente y de acuerdo a Piaget (Cit. en Bayona, 1990), se esperaría que así como el organismo asimila y se transforma bajo la presión del medio, la inteligencia asimila los datos de la experiencia, los modifica sin cesar y los acomoda a los datos provenientes de nuevas experiencias. La organización y la adaptación, con sus dos extremos de asimilación y acomodación, constituyen el funcionamiento de la inteligencia. En la adolescencia, la persona puede considerar simultáneamente múltiples aspectos o propiedades de un problema. Ahora las relaciones lógicas se comprenden sin que para ello sea necesaria la experiencia perceptiva. La abstracción reflexiva ha ayudado al tránsito de la inteligencia concreta, a la inteligencia formal. Sin embargo, en la presente investigación, se encontró que el hecho de contar con un C.I. de Normal a Normal Brillante, no quiere decir que estén empleando de manera adecuada sus conocimientos en situaciones prácticas; ni mucho menos que cuenten con un juicio social adecuado, del que logren aprender de la experiencia.

Lo anterior se reafirma con los resultados obtenidos con respecto al Tipo de pensamiento, ya que los pacientes con ideación suicida presentan en la mayoría de los casos un tipo de pensamiento concreto. Con lo que respecta a los pacientes de intento suicida presentan en su mayoría un Tipo de pensamiento Funcional. Según Piaget (1985), durante un tiempo son capaces de razonar y generalizar solo en relación a las actividades concretas, pero con el tiempo pueden manejar abstracciones, formar hipótesis y considerar posibilidades. Generalmente, los niños de siete a once años dependen en gran medida de las manifestaciones físicas de la realidad. No pueden manejar lo hipotético ni tampoco afrontar con eficacia lo abstracto; no comprenden el papel de los supuestos y no pueden resolver problemas que requieran el uso del razonamiento proporcional.

Su uso de la lógica se limita a situaciones concretas. La madurez física no implica aún la madurez mental, si bien, desde el punto de vista cognoscitivo, el pensamiento se halla potencialmente próximo a alcanzar su mayor grado de abstracción que ha de lograrse entre los 12 y los 16 años. Por otro lado, Speece y Brent (1984), (Cit. en Sarró, 1991), dicen que el niño, a partir de los 7 años, ya comprende el concepto de la muerte, pero muchos factores que contribuyen a su entendimiento no han sido evaluados todavía y se desconoce la influencia de las distintas experiencias psicológicas o socioculturales. Algunos autores valoran que en la infancia no puede hablarse de actos de suicidio, pues falta la comprensión del significado total de la muerte. Pero Pfeffer (1986) valora que la definición de la conducta suicida en el niño es similar a la del adulto, incorporando la idea de que no es necesario para el niño la comprensión de la realidad e irreversibilidad de la muerte, pero es preciso que tenga algún concepto de la muerte. El concepto que el niño tiene de la muerte como algo inevitable, irreversible y universal es muy complejo y va madurando con la edad. Lo cuál se relaciona con esta investigación, ya que los pacientes que formaron parte de nuestra muestra tenían una edad mínima de 7 años y veían a la muerte como una alternativa de salida a sus problemas, tuvieran o no, ya establecido el concepto de muerte.

Con lo que respecta a la Capacidad de juicio, la mayoría de los pacientes presenta un Juicio inadecuado. Según Piaget (1985), en una primera etapa que se extiende aproximadamente hasta los diez años, la centración es rígida. Es una etapa egocéntrica en la cual las normas son consideradas sagradas e intangibles. Se trata de una moral de la heteronomía, caracterizada por el hecho de que el niño piensa la conducta en función de las consecuencias e identifica la buena acción con la conformidad de las reglas adultas.

Jean Piaget (1985), estudió el juicio moral en relación con la inteligencia y descubrió en el desarrollo moral la misma regularidad identificada en la génesis de las categorías del pensamiento científico. Sin embargo, los resultados de esta investigación, nos indican la incapacidad de solucionar los problemas de manera adecuada, así como dificultades para el establecimiento y apego a normas socialmente convencionales, no tomando en cuenta las posibles consecuencias de sus actos.

Las Alteraciones perceptomotoras como son la Rotación y la Distorsión son las más frecuentes en los pacientes con ideación e intento suicida de la presente investigación, lo que pudiera estar relacionado con algún retraso en la maduración. Sin embargo, este resultado debe tomarse a reserva debido a que los datos se obtuvieron de los niños y adolescentes por junto, no realizándose la debida separación para tomar en cuenta las características ni la etapa de desarrollo en la que se encontraba cada grupo de pacientes. Y debe recordarse que como lo dice Piaget (1981), el crecimiento mental es indisociable del crecimiento físico, especialmente de la maduración de los sistemas nervioso y endocrino que prosigue hasta alrededor de los 16 años.

Además como lo menciona Freud (Cit. en Hall, 1988), el yo crece como resultado de cambios innatos en el mismo organismo, especialmente en el sistema nervioso. Bajo la influencia de la maduración, el yo se ve obligado a evolucionar.

La importancia del resultado de esta investigación, radica en que existe la posibilidad de vincular alguna disfunción a nivel sistema nervioso con la conducta suicida, tal como lo manifiesta Villardón (1993), al decir que en la actualidad, algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas.

El Tono Afectivo de tristeza y de enojo es el más frecuente en los pacientes de esta investigación, posiblemente esto se deba a la etapa de desarrollo en la que se encuentran como lo menciona Chagoya (1976), en la etapa de la adolescencia, el ser humano experimenta cambios de gran intensidad, sufre angustias ante dilemas físicos, psicológicos, familiares y sociales, y descubre en él capacidades que antes eran inalcanzables. También como lo manifiesta del Bosque (2004), al decir que depresión y ansiedad, así como sentimientos de frustración, desaliento y aburrimiento acompañan el camino del adolescente, como consecuencia de los duelos por los que tiene que transitar. La elaboración de estos duelos determinará la intensidad de dichos sentimientos.

También es importante ligar al tono afectivo que presentan estos pacientes el ambiente familiar en el que se desenvuelven, como lo refiere Fuente (1997), que los niños tienen necesidades afectivas que deben ser satisfechas: mantener con un adulto una liga durable y confiable, recibir y dar amor, sentirse amparado ante los obstáculos y alentado en sus logros, etc.

Lo que además coincide con estudios realizados por González, en donde los datos arrojados en el año 2000 con respecto al tono afectivo en la población joven con Intento suicida son Soledad/Tristeza/Depresión: 11.7% en hombres y 9.6 % en mujeres; Incomprensión/Falta de cariño: 10.2% en hombres y 8.6% en mujeres.

Según Pérez (2002), los motivos que pueden desencadenar una crisis suicida infantil son variados y no específicos, pues también se presentan en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Entre los más frecuentes menciona un aspecto que coincide con la presente investigación, en donde los pacientes manifiestan una Demanda y expresión de afecto exigentes. Pérez menciona la búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.

Además dice que la situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes la dificultad para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.

El Control de impulsos que los pacientes de esta investigación utilizan son inadecuados, predominando la impulsividad en los pacientes de intento suicida, lo que se relaciona con Brodsky (1997), (Cit. en Sentfies, 2004), quienes mencionan que la impulsividad es una característica de la personalidad que predispone a la persona a tener mayor propensión de autoagresión y de conductas suicidas. Los episodios de autoagresión previos se correlacionan positivamente con la impulsividad en pacientes parasuicidas. La impulsividad se asocia con un mayor número de intentos suicidas previos.

Además García (2004) menciona que, el comportamiento suicida, o al menos algunos de ellos, dependerían de una dimensión impulsiva que facilitaría la realización del acto suicida y que imprimiría gravedad al intento, lo que en algunos casos podría ser letal.

Los pacientes de esta investigación presentan una Tolerancia a la Frustración baja en su totalidad, lo que coincide con Pérez (2002), quien enfatiza que en la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar y algunos de éstos pueden ser: la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, ya que afecta al buen desarrollo de la personalidad de los niños, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, provocando problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

Se encontró que los pacientes de la presente investigación, no cuentan con un adecuado manejo de la agresión, predominando en los de ideación suicida en Manejo de la Agresión Heterodirigida, mientras que los de intento suicida presentan un Manejo de la Agresión Autodirigida, lo cuál coincide con Pérez (2002), quien manifiesta que uno de los motivos mas frecuentes, que pueden desencadenar una crisis suicida infantil es el hecho de que el acto se realiza con la finalidad de agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.

Además menciona que la situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes las frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.

Los pacientes de esta investigación presentan casi en su totalidad un Autoconcepto Devaluado, lo que posiblemente se deba a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, como Chagoya (1976) lo menciona, independientemente de los logros que el adolescente sienta, siempre hay insatisfacciones respecto a la imagen corporal, un gran temor a la burla, y una sensación de inferioridad al compararse con el ideal, generalmente tomado de un ídolo popular.

También del Bosque (2004) dice que en la adolescencia temprana, ante la ola de cambios y desajustes físicos, los chicos pierden la seguridad infantil y los invade una sensación de incertidumbre y despersonalización que provoca inseguridad, angustia e inquietud.

Los Mecanismos de defensa utilizados por los pacientes de esta investigación, en su mayoría son primitivos, como lo son la proyección, negación, regresión y represión, los cuales no les permiten enfrentar adecuadamente los conflictos por los cuales atraviesan. Resulta relevante mencionar que este tipo de mecanismos de defensa es de esperarse que se presenten en niños, debido a que aun no encuentran con una estructura de personalidad establecida, sin embargo, esto nos habla de una estructura de la personalidad más débil de lo esperado para los chicos de su edad, lo cual puede estar relacionado con los antecedentes que presentan. Tal como lo describe Freud (Cit. en Hall, 1988), las defensas del yo se adoptan como medidas protectoras. Si el yo no puede reducir la angustia por medios racionales, tiene que utilizar tales medidas para negar el peligro (represión), externalizar el peligro (proyección), esconder el peligro (formación reactiva), permanecer en el mismo estado (fijación) o retroceder (regresión). El yo infantil necesita y usa todos esos mecanismos accesorios.

En la presente investigación, los pacientes tanto de ideación como de intento suicida tienen frecuentemente como Antecedentes Heredofamiliares algún Trastorno mental y/o Consumo de drogas y/o alcohol, lo cual concuerda con los estudios realizados por Pérez (2002), en donde presenta una serie de factores de riesgo hacia el suicidio en la infancia y adolescencia, como lo son específicamente el padecimiento de los progenitores de alguna enfermedad mental, entre las que se citan por su frecuencia, trastornos ocasionados por el alcohol en el padre y depresión en la madre. Lo cual aumenta la posibilidad de que tanto niños como adolescentes también padezcan estas características, generando una mayor probabilidad de presentar ideación y/o intento suicida.

Con lo que respecta a los antecedente familiares de suicidio o intentos de suicidio, es otro factores de riesgo importantes mencionado por Pérez (2002), aunque cabe mencionar que en nuestra investigación se presentó con un pequeño porcentaje.

La mayoría de los pacientes de ideación suicida presentan Antecedentes Personales Patológicos Postnatales, mientras que los pacientes de intento suicida tienen Antecedente Personales Patológicos tanto Prenatales como Postnatales, lo que resultó estadísticamente significativo; ésto puede estar altamente relacionado con los Antecedentes Heredofamiliares que a su vez pudieran conllevar una falta de estimulación y nuevamente negligencia en la crianza, vinculado con lo que menciona Blos (1980), las desviaciones en el desarrollo nunca ocurren sin eventos antecedentes que ejercen una influencia significativa, por lo que se observa un quiebro definitivo en el desarrollo progresivo. Haciéndose referencia a estas fallas como fijaciones en una de las varias fases de la temprana infancia o bien, de la adolescencia.

Además esto concuerda con lo mencionado por Solloa (2001), en donde hace referencia a que cuando se presenta un trastorno psicológico en el niño no sólo queda afectada la etapa del desarrollo en la que se encuentra sino también las posteriores.

Los pacientes con ideación e intento suicida presentan casi en su totalidad Disfunción Familiar, observando así un impedimento al ajuste de su propio ciclo y desarrollo de sus miembros, creando la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus relaciones básicas, por lo que estando de acuerdo con Herrera (1997) las familias disfuncionales, deben ser consideradas factor de riesgo hacia la conducta suicida, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Siempre que aparece un síntoma puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

Además cuando los patrones de interacción se rigidizan según Pliego (1989), surge la enfermedad o la destrucción de la familia o ambas, muchas veces como una consecuencia de la otra. Las separaciones, los divorcios, las relaciones extramaritales y los síntomas individuales son mecanismos adaptativos en el proceso del tiempo para que sobreviva este ser de un solo cuerpo y muchas cabezas, lo cual está estrechamente vinculado con las características familiares que presentaron los pacientes de la presente investigación.

Con lo que respecta a la Estructura familiar, podemos observar que existe una amplia tipología en las familias mexicanas, que varían desde su composición hasta los diferentes roles que adopta cada miembro, sin embargo, en nuestra investigación, tanto los pacientes de ideación como de intento suicida, en su mayoría provienen de familias Reconstruidas, y estando de acuerdo con Rocha (2001), no podríamos afirmar que una tipología familiar es mejor que otra, ya que la relevancia radica en la funcionalidad de cada una aunque en nuestro estudio, pudimos observar que además de ser familias reconstruidas había una disfuncionalidad familiar importante, lo que no permite el óptimo desarrollo de los miembros de la familia.

Según Pérez (2002), un factor de riesgo para la conducta suicida en los adolescentes es la separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio, confirmándonos los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que los pacientes que presentaron ideación e intento suicida tienen como una de sus características el ser provenientes de familias reconstruidas, lo cual nos indica que posteriormente a la separación, el cónyuge se une a una nueva pareja donde él o los hijos son solo de uno de éstos, mientras que el otro cónyuge, cumple el rol de madrastra o padrastro.

Los pacientes de ideación suicida presentaron en su mayoría un Ambiente Familiar Inseguro y conflictivo; mientras que los pacientes de intento suicida presentan en su mayoría un Ambiente Familiar Indiferente además de Inseguro y Conflictivo, lo que se traduce a ambientes en donde existe una inadecuada red de apoyo, ya sea por que no se permite la expresión de afecto, hay agresión, conflicto y sentimientos de enojo entre los miembros de la familia, o bien, hay desinterés por la dinámica familiar y relaciones intrafamiliares. Particularmente los pacientes de ésta investigación presentan un nivel de disfunción familiar realmente alarmante, lo que no les permite contar con redes de apoyo para el adecuado tratamiento de su problemática.

Lo cual concuerda con la revisión de Noller y Callan (Cit. en Villatoro, 1997) acerca de la influencia de la familia en la vida del adolescente en donde concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan una buena comunicación e independencia de sus miembros, lo cual sería relevante fomentar en los pacientes que presentan alguna conducta suicida, ya que como hemos visto, la familia es crucial para que tanto niños y adolescentes culminen sus etapas de desarrollo con bienestar y sin conflicto. De lo contrario, y de acuerdo a la presente investigación tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control.

En cuanto a la Percepción de Figuras Familiares, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida. En los pacientes de ideación suicida, prevalece la percepción negativa hacia el padre. Mientras que los pacientes de intento suicida resalta una Percepción Negativa hacia los Hermanos. Sin embargo, en ambos grupos prevalece una percepción negativa de todos los miembros de la familia (tanto padre, madre y hermanos). Lo que nos indica la deficiencia en las relaciones familiares, las cuales son importantes para la estructura de la personalidad, ya que les puede promover inseguridad y baja autoestima, que resultan tan importantes en las etapas de desarrollo que se encuentran los pacientes, debido a que se encuentran en un proceso de búsqueda de identidad.

Esto se puede complementar con los subsistemas dentro de la familia descritos por Minuchin (1986), en donde se hace referencia a que la personalidad de cada uno de los padres y la coalición matrimonial son elementos importantes para el desarrollo saludable de los hijos. Por lo que si el niño es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello puede afectar no sólo su relación con sus padres sino, incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal.

Aunado a esto, los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente; los niños aprenden a negociar, cooperar, competir. Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades, sin embargo, los niños y adolescentes de nuestra investigación tienen quebrantados en su mayoría todos los subsistemas familiares (conyugal, parental y fraterno).

La relación con pares y figuras de autoridad son inadecuadas tanto en los pacientes de ideación como en los de intento suicida, esto está estrechamente relacionado con lo anterior, ya que dentro del sistema familiar no se proporcionan las bases para relacionarse adecuadamente, por lo que sus relaciones extrafamiliares tampoco son adecuadas.

Con lo que respecta al Lugar que ocupan dentro de la familia en el caso de los pacientes de ideación suicida, es el segundo, mientras que los pacientes con intento suicida, la tendencia es hacia los que ocupan el primer lugar dentro de la familia, muy probablemente esto se deba a la gran responsabilidad y expectativas que la familia deposita en éste por ser el hermano mayor, generando en ellos grandes presiones, lo que en algunas ocasiones los lleva a asumir roles que no les corresponden, o por el contrario, familias que no crean en ellos elementos necesarios para afrontar de manera adecuada las situaciones adversas debido a la sobreprotección. Sin embargo, no se sabe a ciencia cierta si éste sea un factor de riesgo para presentar conductas suicidas, ya que no se encontraron estudios relacionados con esto.

En Inicio de Vida Sexual Activa y su Relación con la Ideación y/o Intento suicida, primeramente se encontró que en ambos grupos de pacientes en su mayoría no han iniciado vida sexual activa, lo que a su vez conlleva a que no exista relación significativa entre el inicio de relaciones coitales con la ideación y/o intento suicida.

Es importante señalar, que los resultados obtenidos, son de esperarse en el caso de los niños; sin embargo de acuerdo a la experiencia clínica con éstos pacientes, podemos decir que en los adolescentes, éste factor resulta significativo, ya que la relación de pareja genera en algunos casos redes de apoyo, mientras que en otros, la relación es destructiva y de dependencia, por lo que se pudiera tomar como un factor de riesgo importante.

En cuanto a la Identificación Psicosexual y la Relación con la Ideación y/o Intento Suicida, se obtuvo que casi en su totalidad tanto en los pacientes de ideación como en los de intento suicida tienen una identificación psicosexual con su mismo sexo, no existiendo una relación entre la identificación psicosexual con la ideación y/o intento suicida. En esta variable, se debe tomar en cuenta que los pacientes se encuentran en etapas de desarrollo en las cuáles aún no se ha logrado un total establecimiento de la identificación psicosexual, por lo que en estos pacientes no resulta determinante para presentar conductas suicidas.

Lo cual va relacionado con mencionado por Bayona (1990) sobre el hecho de que la adolescencia, marca el final del periodo genital. En esta etapa se produce la elección del objeto amoroso y el aprendizaje de los sufrimientos que implica el enamoramiento. Este primer amor suele ser causa de un sentimiento apasionado que tiene una gran importancia en el desarrollo del adolescente. Además el rol sexual con respecto a la masculinidad o a la feminidad, tal como resultan aceptables para la comunidad, es objeto de atención y, al mismo tiempo, favorecido o enfatizado por parte del ambiente.

Según Del Bosque (2004), la sexualidad a menudo es vista como la suma de conductas sexuales y no como un proceso que acompaña al individuo a lo largo de su vida, que está íntimamente relacionado con los gustos, manera de ser, rol, autonomía y no solo se reduce a unas cuantas conductas evidentemente sexuales.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se pudo observar que tanto en los pacientes de ideación como en los de intento suicida, en su mayoría no han sido víctimas de alguna conducta sexual delictiva. Sin embargo, es muy importante tomar en cuenta ese pequeño porcentaje de pacientes que fueron víctimas de alguna conducta sexual delictiva, ya que según Pérez (2002), la violencia familiar, incluyendo el abuso físico y sexual es un factor de riesgo importante.

Con respecto a la Edad, se obtuvo que en los pacientes de ideación suicida prevalecen las edades de 12,13 y 16 años, mientras que en los pacientes de intento suicida se presentan mayormente las edades de 8, 13 y 16 años. Con estos resultados se puede observar que la edad no es un factor determinante, y que cualquier niño o adolescente con características de personalidad específicas, puede llegar a cometer un acto suicida, lo que concuerda con las estadísticas, ya que datos obtenidos de la OMS (2002), en México en 1995 la tasa de suicidio con respecto a las edades entre 5-14 años fue de 0.4 % y entre 15-24 años de 4.7% y según Sarró (1991) desde la década de los sesentas, la mortalidad por suicidio en los jóvenes de 15 a 24 años está aumentando, sobre todo en los varones. También, en el mismo periodo, la tentativa de suicidio es un acto más frecuente en los adolescentes y jóvenes adultos, siendo la prevalencia de la ideación suicida según la edad, el sexo y el nivel de estudios en la población de 15 -24 años, oscila del 35 al 65%, y de la tentativa de suicidio entre un 11 a un 18%.

En cuanto a las variables de Escolaridad, Nivel Socioeconómico, Procedencia, Mes mas concurrido, no se sabe a ciencia cierta si sean un factor de riesgo para presentar conductas suicidas, ya que no se encontraron estudios relacionados, sin embargo en la presente investigación se encontraron datos importantes con respecto a esto.

Pudiendo observar que los pacientes de ideación suicida, presentan Escolaridad de 4º de primaria, 1º y 3º de secundaria, mientras que los pacientes de intento suicida tienen una escolaridad de 1º,3º de primaria y 2º de secundaria.

En cuanto al Nivel socioeconómico, se observa que tanto los pacientes de ideación, como los de intento suicida, presentan niveles socioeconómicos bajo, medio y alto; sin embargo la tendencia es mayor hacia el nivel socioeconómico medio, por lo que se puede inferir que el nivel socioeconómico no resulta un factor predeterminante para la conducta suicida. Estos datos pudieran estar sesgados debido a que son pacientes de una institución pública, y generalmente pacientes con nivel socioeconómico alto, no acuden a estas instituciones.

Con lo que respecta a la Procedencia, tanto en los pacientes de ideación como en los de intento suicida, los datos se encuentran distribuidos tanto en provincia como en Distrito Federal, observándose una ligera tendencia de los pacientes de intento suicida hacia el D.F. Esto se relaciona con la centralización de los servicios de salud mental, resultando más complicado el acceso a éstas instituciones a los pacientes de provincia, por todas las dificultades que conlleva desplazarse para recibir el tratamiento que requieren.

El Mes más concurrido por los pacientes de ideación suicida fue Marzo y el mes de Agosto por los pacientes de intento suicida. Con estos resultados podemos inferir que existe una continuidad con respecto al tiempo, que va de la ideación al intento suicida. Por otro lado, podemos relacionar ambos meses con periodos vacacionales; en donde los chicos se encuentran más solos y se confrontan con sus logros y capacidades realizando una autoevaluación, considerando que la escuela puede resultar un actor protector.

En cuanto a la Ocurrencia, se puede observar que en ambos grupos de pacientes (los de ideación y los de intento suicida), tienden a una ocurrencia de más de una vez., por lo que se puede decir que quien ha presentado alguna vez ideación y/o intento suicida, lo seguirá realizando, por lo que se confirma lo mencionado por Pérez (2002), en donde el antecedente de una o varias tentativas de suicidio constituye un elevado riesgo de repetición y es predictivo de un mayor riesgo de suicidio consumado, sobre todo en los primeros meses después de haberla realizado.

Los pacientes con ideación e intento suicida presentaron un Electroencefalograma Anormal en la mayoría de los casos. Lo que nos indicaría probables alteraciones a nivel neurológico. Como lo manifiesta Villardón (1993) en la actualidad existe la posibilidad de vincular alguna disfunción a nivel del sistema nervioso con la conducta suicida, ya que algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas.

En cuanto al Grado de Letalidad, los pacientes de ideación presentan en su totalidad un grado de letalidad Bajo, mientras que los pacientes de intento suicida presentan grados de letalidad tanto bajos como medios y altos. Y de acuerdo a Senties (2004), el grado de letalidad del intento suicida es mayor en hombres que en mujeres, lo cual sería importante corroborar con estudios posteriores.

Con respecto al Diagnóstico de Egreso, podemos observar que en los pacientes de ideación suicida, existe una tendencia a presentar trastornos del humor (afectivos), mientras que en los pacientes de intento suicida, prevalecen los trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos, existiendo un consenso general sobre que más del 90% de los jóvenes que culminan en el suicidio sufren al menos un trastorno psiquiátrico mayor (Pfeffer, 2001) (García, 2004), lo cual concuerda con lo mencionado por Senties (2004), en donde se hace referencia a que los principales trastornos relacionados con el suicidio son:

- a) Depresión Mayor (70%).
- b) Alcoholismo (40%).
- c) Abuso de Drogas (20%).
- d) Esquizofrenia (15%).
- e) Trastorno de la personalidad Límite (15%).

Todas las características presentadas en esta investigación concuerdan con una serie de estudios, realizados en una amplia variedad de campos, han encontrado que, excepto para casos de alteraciones biológicas importantes, los grupos de niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos son: hijos de padres con enfermedades psiquiátricas, hijos de padres divorciados, hijos de padres con abuso de sustancias, familias con abuso y negligencia, niños con enfermedades crónicas, niños de familias con pobreza. (Greenspan, 1980)

También Souris (1975), (Cit. En Sarró, 1991), los clasifica en diez categorías: la edad y el sexo, los síntomas de depresión, ansiedad y alcoholismo, las situaciones de estrés (pérdida de una persona significativa por muerte o separación, enfermedad grave, problemas económicos, aumento de responsabilidad), la agudeza o la cronicidad de síntomas específicos, el proyecto suicida (meditado, especificidad temporal, método), los recursos de apoyo y su disponibilidad (ausencia de todo tipo de recursos: familia, amigos, apoyo médico y soporte social), los antecedentes de tentativas suicidas (número y letalidad), el estado físico (enfermedad crónica, fracaso terapéutico previo, etc.), los aspectos de la comunicación (ruptura y rechazo de la comunicación, expresión de sentimientos de culpa y de incapacidad, o transmitir la culpa a los otros), y las reacciones del entorno (rechazo, incomprensión, falta de empatía). Estos factores, en función de la personalidad y de la situación del individuo, pueden representar una conducta suicida.

CONCLUSIONES.

- ❖ De acuerdo a los resultados obtenidos, se rechaza la hipótesis conceptual y podemos concluir que en general no existen diferencias significativas entre las características psicológicas de los pacientes con ideación suicida y los de intento. Lo que a su vez puede implicar que cualquiera de los pacientes con ideación suicida pueda llegar al intento suicida.
- ❖ Como ya se menciona en la discusión, los resultados de esta investigación se pueden fundamentar teóricamente por los investigadores que presentan la conducta suicida como un continuo que incluye la ideación y el intento suicida, observándose reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de una nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales.
- ❖ Las características predominantes en niños y adolescentes con ideación e intento suicida fueron: Coeficiente Intelectual Normal, Tipo de Pensamiento que oscila entre Concreto y Funcional, Capacidad de Juicio Inadecuada, Tono afectivo de Tristeza y Enojo, Demanda y Expresión de Afecto Exigente, Baja Tolerancia a la Frustración, Autoconcepto Devaluado, Presencia de Antecedentes Heredofamiliares, Disfunción Familiar, Provenientes de Familias Reconstruidas, Relaciones Interpersonales Inadecuadas y Ocurrencia de Más de una vez.

Las características que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ideación y el de intento suicida fueron: En el grupo de Ideación. Control de Impulsos Insuficiente e Impulsividad, Manejo de la Agresión Heterodirigida y Grado de Letalidad Bajo. Mientras que en el grupo de intento presentó Impulsividad, Manejo de la Agresión Autodirigida y Grado de Letalidad Medio y Alto.

- ❖ Por ésta razón debemos poner énfasis en todas las características que presentan niños y adolescentes varones con ideación suicida, ya que probablemente lleguen a tener algún intento suicida, y en el peor de los casos, logren suicidarse. Estas características, como se mencionaron anteriormente son:
 - El **Medio** utilizado con mayor frecuencia en los pacientes con intento suicida son Lesiones con Armas Punzocortantes (50%) y Ahorcamiento, (41.7%), considerándose que son instrumentos que pueden ser de fácil acceso, observándose una tendencia a utilizar para el intento suicida los medios más letales, corroborándose la verdadera intención de muerte en estos niños y adolescentes.

- Los pacientes de Ideación e intento suicida presentan con mayor frecuencia un **Coefficiente Intelectual** Normal (41.7%), aunque podemos ver una tendencia hacia un C.I Subnormal (33.3%) y Limítrofe (25%) en la Ideación Suicida, mientras que en los Intentos Suicidas hay una tendencia a un C.I Normal Brillante (25%). Lo cual nos indica que tanto niños como adolescentes que llegan al Intento suicida es porque tienen una capacidad cognitiva que les permite planear un acto suicida, tienen una formación de ideas generales y abstracciones, aunque su inteligencia social se encuentre disminuida, y no son capaces de resolver sus problemas de una manera asertiva.
- Lo anterior se reafirma con los resultados obtenidos con respecto al **Tipo de pensamiento**, ya que los pacientes con ideación suicida presentan en la mayoría de los casos un tipo de pensamiento Concreto (41.7%). Lo cual nos indica que presentan dificultades para aprender de la experiencia, no logran reconocer en su totalidad el alcance y las consecuencias que pueden tener sus conductas, ya que estos pacientes aun no logran un nivel de abstracción. Con lo que respecta a los pacientes de intento suicida presentan en su mayoría un Tipo de pensamiento Funcional (58.3%), lo que puede implicar que estos pacientes tengan la capacidad de reconocer el uso y función de las cosas, aunque esto no significa que ya hayan desarrollado un juicio social adecuado.

El tipo de pensamiento concreto en los pacientes con ideaciones suicidas, nos podría confirmar que aquellos individuos que presentan pensamientos suicidas en las primeras etapas de su vida, posteriormente puedan llegar al acto, puesto que en el proceso de desarrollo si logran un tipo de pensamiento funcional o abstracto, esto les permitiría estructurar con mayor precisión aquellas ideas de suicidio de la infancia, desembocándolas en actos suicidas o suicidio consumado.

- Los pacientes de ideación e intento suicida en su mayoría presentan una **Capacidad de juicio** inadecuado (75%), que nos indica la incapacidad de solucionar los problemas de manera adecuada, así como dificultades para el establecimiento y apego a normas socialmente convencionales, no tomando en cuenta las posibles consecuencias de sus actos. En este aspecto el aprendizaje social juega un papel importante, ya que en las familias disfuncionales, se aprende a resolver los problemas de manera inadecuada, y no brindan los elementos necesarios para que se introyecten los aspectos antes mencionados.
- El **Tono Afectivo** de tristeza y de enojo es el más frecuente en los pacientes con ideación (en un 50 y 25%) e intento suicida (en un 58.3 y 33.3%) respectivamente, ya que por lo regular presentan diversas dificultades que pueden desencadenar una crisis suicida y los motivos pueden ser variados y no específicos, que van desde problemáticas en el ámbito social, familiar, escolar y personal.

- Los pacientes con ideación (con un 41.7%) e intento suicida (con un 50%), presentan una **Demanda y Expresión de afecto Exigente**, lo que nos habla de la poca capacidad que se tiene para posponer sus necesidades afectivas y de demora; tienden a buscar satisfacción inmediata de sus necesidades ocasionándoles actos de impulsividad, lo cual les lleva en muchas ocasiones a tener una frustración emocional importante.
- Con lo que respecta al **Control de Impulsos**, se puede observar una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de ideación e intento suicida, ya que los de ideación presentan un control de impulsos insuficiente (50%) en un mismo porcentaje a los que presentan impulsividad (50%), éstos pacientes tienden a la planeación de actos suicidas de forma manipulatoria; mientras que los de intento presentan casi en su totalidad impulsividad (91.7%).

Cabe mencionar que a pesar de las diferencias, el control de impulsos que ambos grupos de pacientes utilizan son inadecuados, debido a la baja Tolerancia a la Frustración que manifiestan.

- Los pacientes con ideación e intento suicida presentan una **Tolerancia a la Frustración** baja en su totalidad (100%), lo que nos indica que existe una incapacidad del sujeto de espera para la satisfacción de sus necesidades, esto se podría relacionar con el tipo de crianza que la mayoría de los pacientes de esta investigación presentan en donde prevalece la negligencia y el abandono.
- En cuanto al **Manejo de la Agresión** se pueden observar diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de ideación e intento suicida. En los pacientes de ideación suicida predomina el manejo de la agresión Heterodirigida (66.7%) mientras que los de intento suicida presentan un Manejo de la Agresión Autodirigida (100%).

Estos datos nos indican que los sujetos que manifiestan verbalizaciones acerca de suicidarse, lo hacen como agresión hacia los otros. Mientras que aquellos que llegan al acto, lo hacen como una forma de agresión hacia ellos mismos, existiendo una sumisión que en realidad esconde su resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos. Cabe mencionar que tanto los pacientes de ideación como los de intento no tienen un Manejo de la Agresión adecuado, lo que los hace vulnerables a cometer un acto suicida.

- Los pacientes con ideación e intento suicida presentan un **Autoconcepto** Devaluado casi en su totalidad (91.7%), mostrándose pesimistas y con falta de confianza en sí mismos, dando una imagen desfavorable, rasgos que obstaculizan sus relaciones interpersonales en el ambiente familiar, social, escolar, etc. y que además le provocan una gran inseguridad y soledad.

- Los pacientes tanto de ideación como de intento suicida tienen como **Antecedentes Heredofamiliares** algún Trastorno mental (con un 83.3% en ideación y un 58.3% en intento) y/o Consumo de drogas y/o alcohol (con un 50% en ideación y un 41.7% en intento), aumentando la posibilidad de que tanto niños como adolescentes también padezcan estas características, lo cual aumenta la posibilidad de presentar ideación y/o intento suicida.

Podemos observar, que la historia familiar nos ayuda a relacionar y entender la dinámica e influencia que los antecedentes heredofamiliares ejercen en los pacientes y que en muchos de los casos se vuelven patrones repetitivos de conducta, o bien, pueden afectar la estructura del individuo en diversas formas, que incluso se manifiestan en actos o pensamientos suicidas.

- Dentro del **Funcionamiento Familiar**, los pacientes con ideación e intento suicida presentan casi en su totalidad (91.7%) Disfunción Familiar, lo que tiene que ver con familias en las que existe rigidez en las reglas, impidiendo un ajuste a su propio ciclo y desarrollo de sus miembros, creando la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus relaciones básicas ya que hay una deficiencia en enfrentar las crisis, valorar la forma en el que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.
- Acerca de la **Estructura Familiar** tanto los pacientes de ideación (con un 91.7%) como de intento suicida (con Un 75%), en su mayoría presentan una familia Reconstruida, lo que tiene que ver con un tipo de familia que por lo general, no dan la atención adecuada al niño o adolescente, o bien, no permiten la individualidad que requieren para su óptimo desarrollo, además de crear sentimientos que pueden llegar a afectar la estructura psíquica del individuo. Esto tiene que ver con la pérdida de los valores y la identidad familiar, se ha ido perdiendo el sentido de pertenencia al núcleo familiar, observándose una tendencia no sólo en la población psiquiátrica; sino a nivel general. Resulta de gran importancia, debido a que la familia es la que brinda los recursos básicos e indispensables para lograr un adecuado desarrollo en todos los aspectos de la vida.

- Dentro de **Relaciones Interpersonales**, la relación con pares y figuras de autoridad son inadecuadas tanto en los pacientes de ideación (con un 75% en ambos casos) como en los de intento suicida (con un 83.3 y un 75%) respectivamente. Lo que nos muestra un desajuste importante en su ámbito social. Posiblemente esto se deba a que a nivel familiar, no se han brindado los elementos necesarios para la introyección de normas y el adecuado establecimiento de relaciones interpersonales; además de que muchas veces en la familia no existe una figura de autoridad como tal, por lo que se les dificulta reconocer y respetar otras figuras de autoridad fuera del núcleo familiar.
- Se pudo observar que tanto en los pacientes de ideación como en los de intento suicida, en su mayoría no han sido **Víctimas de alguna conducta sexual delictiva**, (ya que presentan un porcentaje de 16.7% en la ideación y un 8.3% en el caso de intento). A pesar de los resultados obtenidos en esta investigación, es muy importante tomar en cuenta ese pequeño porcentaje de pacientes que fueron víctimas de alguna conducta sexual delictiva, ya que en éstos si resulta un factor de riesgo importante, debido a todos los desajustes tanto a nivel personal, como familiar y social que esto conlleva.
- Con respecto a la **Edad**, se obtuvo que en los pacientes de ideación suicida prevalecen las edades de 12 (25%), 13 (41.7%) y 16 (25%) años, mientras que en los pacientes de intento suicida se presentan mayormente las edades de 8 (25%), 13 (16.7%) y 16 años (16.7%). Con estos resultados se puede observar que la edad no es un factor determinante, y que cualquier niño o adolescente con características de personalidad específicas, puede llegar a cometer un acto suicida. Sin embargo, la tendencia es a que cada vez se estén presentando conductas suicidas a menor edad, por lo que la prevención debe estar enfocada principalmente a la población infantil.
- Los pacientes de ideación suicida, presentan **Escolaridad** de 4º (33.3%) de primaria, 1º (25%) y 3º de secundaria (16.7%), mientras que los pacientes de intento suicida tienen una escolaridad de 1º (16.7%), 3º de primaria (16.7%) y 2º de secundaria (16.7%). No obstante, estos resultados no nos muestran una tendencia clara hacia algún grado escolar en específico, ya que los datos se encuentran distribuidos en todos los niveles de escolaridad. Es importante tomar en cuenta que debido a su padecimiento y aunque esto no pudo ser registrado, muchos de ellos dejaron de asistir a la escuela, considerando que ésta puede significar un factor protector.

- En cuanto a la **Ocurrencia**, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida, debido a la forma de registrar los datos; sin embargo, se puede observar que en ambos grupos de pacientes, se tiende a una ocurrencia de más de una vez (58.3%), por lo que se puede decir que quien ha presentado alguna vez ideación y/o intento suicida, lo seguirá realizando.
- En cuanto al **Grado de Letalidad**, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de ideación y los de intento suicida; ya que los pacientes de ideación presentan en su totalidad (100%) un grado de letalidad Bajo, mientras que los pacientes de intento suicida presentan grados de letalidad principalmente medios (41.7%) y altos (33.3%). Es de esperarse que los pacientes de ideación suicida presentan un grado de letalidad bajo; ya que no hacen uso de algún medio en específico, solo recurren a verbalizaciones y a la ideación constante. Sin embargo, resulta alarmante que los pacientes de intento recurren a medios realmente letales, lo que nos puede indicar sus verdaderas intenciones de morir.

Debemos poner especial énfasis en las características antes mencionadas, debido a que resultan de vital importancia en la delgada línea entre la ideación, intento y suicidio consumado. Además al realizar una adecuada y oportuna detección de estas características se puede contribuir en la prevención que hasta el momento es la herramienta más eficaz contra la conducta suicida.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Durante la realización de la presente investigación, se lograron detectar algunas limitaciones, que se podrían sugerir para futuras investigaciones, como son:

- ❖ Los resultados de esta investigación se vieron limitados debido a que los pacientes pertenecían a dos diferentes etapas de desarrollo y no se realizó la separación en el análisis de resultados entre niños y adolescentes. Por lo que se sugiere que en posteriores investigaciones se tome en cuenta esta limitante.
- ❖ Se recomienda aumentar el número de pacientes a investigar, creando grupos mas homogéneos.
- ❖ Para futuras investigaciones, es recomendable la utilización de pruebas específicas para la adecuada detección tanto del intento como de la ideación suicida.
- ❖ Se sugiere la realización de una investigación similar a ésta; ahora con pacientes del sexo femenino, para posteriormente comparar los resultados de ambas investigaciones y poder observar posibles diferencias de género.
- ❖ Además realizar un estudio comparativo tomando en cuenta las mismas características psicológicas estudiadas contrarrestándolo con población no psiquiátrica.

PROPUESTAS.

Debido a que no existe investigación suficiente sobre este tema en adolescentes y mucho menos en niños, sería importante dar difusión a tal problemática para que se siga investigando sobre éste tema en diversos contextos (individual, familiar, social e institucional) logrando profundizar y ser mas específicos en la información y tratamiento. Nuestras propuestas son las siguientes:

❖ A Nivel Individual

- Tener la disposición para acudir a tratamientos específicos para su padecimiento con personal especializado.
- Reincorporación o iniciación de actividades escolares.
- Incorporación de actividades recreativas y/o deportivas que sirvan como terapia ocupacional.
- Búsqueda de redes de apoyo que puedan ser protectoras, en la medida de lo posible.

❖ A Nivel Familiar

- Posiblemente la escuela para padres con conferencias y talleres resulte una opción viable, en donde se les brinde la información necesaria sobre las características que frecuentemente se presentan en los niños y adolescentes con ideación y/o intento suicida, con el fin de permanecer alerta en las conductas que se puedan presentar en sus hijos.
- Específicamente para las familias de niños y adolescentes que ya han presentado alguna conducta suicida, se recomienda recibir tanto un tratamiento individual para cada uno de los miembros de la familia como a nivel familiar, en donde tengan un espacio para expresar sus sentimientos y emociones, además de recibir ayuda para sus posibles padecimientos y problemáticas, según sea el caso.

❖ A Nivel Escolar y Social

- Es importante promover en las escuelas a través de conferencias y talleres la información necesaria tanto a maestros como alumnos, para el conocimiento de las características que presentan los niños y adolescentes con alguna conducta suicida y crearles conciencia sobre la gravedad del tema.

❖ A Nivel Institucional

- Realizar una mayor difusión de las características que indican el foco de alerta sobre las conductas suicidas en niños y adolescentes, en todo el personal de salud.
- Promover la importancia de un tratamiento adecuado en las diferentes instituciones de salud, el conocimiento y correcto uso de las diferentes pruebas psicológicas que nos ayudan a identificar a aquellos pacientes con riesgo suicida.
- Implementación de la aplicación de pruebas específicas para detectar el riesgo suicida en todos los pacientes que ingresan a las instituciones de salud.
- Se deben proponer alternativas de tratamiento eficientes, diseñadas especialmente para niños y adolescentes con algún tipo de conducta suicida, en donde se tomen en cuenta las características psicológicas que prevalecen en estos pacientes.
- Promover mayor investigación a través de estudios de Psicología Forense en pacientes que consumaron el suicidio.
- La descentralización de los servicios de salud mental en México, específicamente en niños y adolescentes.
- La creación de instituciones especializadas en conductas suicidas, tanto a nivel de investigación como de tratamiento.
- Creación del registro nacional de suicidios, que sea eficiente.

ANEXO.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La constitución de la Evaluación, producida como una derivación de la psicología científica establecida durante el último cuarto de siglo XIX, abarca un periodo aproximado de 1890 a 1910. Durante este periodo se perfila el concepto de la Evaluación Psicológica como aquella disciplina de la Psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encardinan la aplicación de una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación.(Fernández, 1994)

Tres autores comparten la paternidad de la constitución de la Evaluación Psicológica: Francis Galton, McKeen Catell y Alfred Binet. (Fernández, 1994).

Francis Galton (1822 – 1911).

Padre de la psicología diferencial, cuyo objetivo básico fue la descripción y medición de las características humanas. En 1883 publicó su obra más importante, "Inquiries into Human Faculty and its Development", punto de partida de los test. No cabe duda de la importancia de Galton para la Evaluación psicológica, ya que sintetiza con su obra objetivos evaluativos científicos y aplicados y lleva a la vida cotidiana la tecnología psicológica que había permanecido durante años en los laboratorios. (Fernández 1994).

McKeen Cattell (1860 – 1944).

Sus objetivos científicos, fundamentalmente diferencialistas, le llevan a realizar su tesis doctoral sobre el estudio diferencial de los tiempos de reacción bajo la dirección de Wundt. En 1890 acuñó el término "test mental"; el objetivo de tales pruebas lo caracterizó en la determinación del rango, exactitud y naturaleza de las facultades psicológicas. Es también el primer autor que plantea baterías de pruebas para la evaluación psicológica, proponiendo en 1896 dos baterías diferentes, cada una conformada por una serie de test. La propuesta de los test mentales como instrumentos de medida de determinadas características psicológicas, las técnicas de evaluación de funciones sensoriales, perceptivas y motoras y el énfasis en la utilización de medidas objetivas, son las principales aportaciones de McKeen Cattell a la constitución de la Evaluación Psicológica. (Fernández 1994).

Alfred Binet (1857 – 1911).

Este autor dice “no son las sensaciones, son las facultades psíquicas superiores lo que hace falta estudiar, son ellas las que juegan el puesto más importante y la Psicología individual deberá prestar mucha más atención a ellas”. Es el primer autor que emite un concepto claro de “diagnóstico psicológico”. Realizó trabajos sobre la medida de la inteligencia entre 1903 y 1909, con la colaboración de Simon. El interés por la evaluación de las funciones superiores, la consideración del examen psicológico como independiente y complementario de la exploración médica y de la evaluación pedagógica y la constitución del primer test de medida de la inteligencia parecen suficientes méritos como para considerar a Binet como uno de los padres de la Evaluación Psicológica. (Fernández 1994).

Desde una perspectiva diferente la obra de Freud, *La interpretación de los sueños*, publicada en 1900, va a representar el primer jalón en la formulación de un modelo dinámico de la evaluación y, más concretamente, el diagnóstico de lo inconsciente mediante técnicas de asociación. En esta misma línea, Jung en 1906, presentará su test de asociación de palabras, mediante el cuál proponía realizar el análisis de los conflictos inconscientes. (Fernández 1994).

El diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total. Aun cuando de manera aislada y mediante varias técnicas se exploran los diferentes aspectos que forman la personalidad, como el rendimiento intelectual, desarrollo perceptual, funcionamiento y desarrollo emocional; es necesario integrar los datos de manera que nos permitan comprender globalmente el padecimiento o desajuste por el que la persona asiste a consulta. (Esquivel et al, 1999)

La Evaluación Psicológica es una subdisciplina de la Psicología científica. Esto quiere decir que se nutre de los hallazgos de las distintas áreas de la Psicología. Especialmente de la psicología de las diferencias individuales, de la personalidad, cognitiva, del aprendizaje, de la psicofisiología y psiconeurología, de la psicopatología, de la psicología social, así también de algunos desarrollos de la Psicología aplicada y sus técnicas, que han sido posibles gracias a los avances metodológicos de la Psicología experimental y matemática. El conjunto de todas estas elaboraciones sirve de base a las realizaciones evaluativas. Esto implica que todos estos conocimientos psicológicos son necesarios a la hora de emprender una evaluación. (Fernández 1994).

En palabras de Korchin: “La Evaluación Clínica es el proceso por el cual los clínicos obtienen la comprensión necesaria acerca del paciente para tomar decisiones razonadas (sustentadas en los datos). “La evaluación e inferencia clínica describe un modo o enfoque que depende fundamentalmente del juicio e inferencia clínica, y usa baterías más que test individuales para descubrir diferentes niveles y facetas de la persona con al objetivo de asentar un análisis personalístico global”. (Ávila, 1992).

Para realizar una evaluación psicológica tiene que recurrirse como se ha dicho anteriormente, a las diferentes técnicas o métodos clínicos de observación de la conducta, de las cuales una de las principales es la entrevista, en conjunto con la observación clínica, además de utilizar pruebas tanto psicométricas como proyectivas y en ocasiones, algunas neuropsicológicas. (Esquivel et al, 1999)

Evidentemente, la Evaluación no tiene por objetivo el hallazgo de principios generales, puesto que su objetivo son actividades o condiciones de un sujeto individual y, ya se sabe, no puede hacerse ciencia de la individualidad. El objetivo de la Evaluación es, precisamente, verificar si los principios generales establecidos por la psicología en sus distintas especialidades se dan en este sujeto individual. (Fernández 1994).

La evaluación desde el enfoque cualitativo – también llamado clínico – se trata de realizar un análisis global e impresivo del sujeto en examen. (Fernández 1994).

Las características del enfoque cualitativo, según Nelly (1967), están fundamentalmente en relación con el énfasis en la libertad de juicio profesional. Así, se propugna libertad en la elección de las situaciones de examen, en la forma de recopilar los datos, en el procesamiento de éstos, en la asignación de pesos a los distintos indicadores y en la comunicación de resultados. (Fernández 1994).

Para hacer una interpretación adecuada, el psicólogo necesita conocer, además del manejo e interpretación de los instrumentos, las teorías y principios en los que se basan éstos, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y la personalidad, lo cual le da sentido; así como para qué sirve cada una de estas técnicas (Esquivel et al, 1999)

La Psicología clínica en general consiste en aplicar el cuerpo de conocimientos sistemáticos de la Psicopatología a los problemas de adaptación de los individuos concretos. El psicólogo clínico, cualquiera que sea su orientación teórica, tiene que emitir juicios sobre los comportamientos o procesos anormales que presenta un sujeto. La evaluación psicopatológica se lleva a cabo a través del mismo proceso e integra los mismos objetivos que cualquier evaluación psicológica. (Fernández 1994).

Quizá el momento más crítico de la evaluación clínica esté en la elaboración de datos, puesto que hay que poner en relación los conocimientos obtenidos del sujeto con las clasificaciones de perturbaciones preexistentes. Éste es el momento diagnóstico del juicio clínico. (Fernández 1994).

Para la obtención de un juicio diagnóstico es necesaria una elaboración e integración de los datos obtenidos en el proceso diagnóstico. Esta elaboración puede hacerse a distintos niveles de inferencia. (Fernández 1994).

Se asumieron estrategias del método estadístico para mejorar el juicio clínico. Las diferentes técnicas que permiten recabar esta información pueden dividirse en tres grandes grupos: entrevista, test (inteligencia, personalidad, neurológicos, fisiológicos), y observación de conducta. (Fernández 1994).

Los instrumentos multidimensionales pretenden recoger conjuntamente todos los niveles de funcionamiento del sujeto, mientras que en el caso de los monodimensionales se focaliza la evaluación de una sola categoría, señalada como vertebral para la intelección del problema singular de un sujeto. La elección de las distintas técnicas concretas de evaluación y su secuencialización sientan las bases de un buen juicio diagnóstico y, por tanto, la posible solución del problema. (Fernández 1994).

Mensh (1966) en su obra "Clinical Psychology: Science and Profesión" define así el proceso y objetivos del diagnóstico clínico:

"Mediante los datos obtenidos de las entrevistas y de las técnicas proyectivas y test objetivos estandarizados, el psicólogo clínico desarrolla sus inferencias acerca de la probable etiología de la conducta que está investigando, las variables contaminadoras en la vida del paciente y sus capacidades para desenvolverse en las situaciones de la vida diaria, así como el modo óptimo más probable para el tratamiento. Incluye igualmente datos escolares, laborales, familiares o de otras fuentes, de la misma manera en que puede incorporarlos a su enfoque del tratamiento". (Ávila, 1992).

Un buen proceso diagnóstico es aquel que recoge la información pertinente acerca de la personalidad, que integra a partir de un modelo teórico definido datos de distintas áreas (conducta verbal, gráfica, de historia clínica, de observación, etc.), que elabora hipótesis sobre la convergencia de indicios, y en un marco espacio/temporal definido previamente. (Ávila, 1997).

- ***Expediente Clínico del Paciente.***

El expediente clínico, es una base e instrumento importante para la finalidad de la presente investigación, debido a que en éste, se encuentra toda la información a recabar, incluyendo aquella de los Estudios Psicológicos, los cuales fueron realizados por nosotras mismas, siempre bajo la supervisión de las psicólogas adscritas a la U.A.V, en el periodo de la realización del Servicio Social y Prácticas Profesionales.

- ***Estudio Psicológico***

Como se mencionó anteriormente, en una evaluación psicológica tiene que recurrirse a diferentes técnicas, unas de las principales es la Entrevista y la Observación Clínica, además de utilizar pruebas psicométricas, proyectivas y en algunas ocasiones neuropsicológicas, por lo cual el Informe o Estudio Psicológico debe contener tanto datos cuantitativos que arrojan los instrumentos de medida, como aspectos de personalidad y manejo de conflictos que se obtengan de las pruebas proyectivas.

Los psicólogos clínicos y orientadores pueden tener ocasión de emplear muchas pruebas diferentes en el curso de su práctica. A menudo se aplica más de una prueba a un evaluado. El término utilizado para describir el grupo de pruebas aplicadas es “batería de pruebas”. Cuando los evaluadores psicológicos hablan de una “batería”, se refieren a un grupo de pruebas aplicadas con el propósito de recopilar información sobre un individuo a partir de una variedad de instrumentos, lo cual dará pie a la realización de un Estudio Psicológico. (Cohen J, Swerdlik M, 2001).

Cabe destacar que en la presente investigación se hace uso de aquellas pruebas psicológicas más utilizadas en el campo clínico, las cuales, a su vez, han sido sometidas a revisiones dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, bajo los parámetros específicos requeridos para la utilización dentro de esta Institución.

- ***Entrevista Clínica con el Paciente y Familiares del Paciente.***

García Marcos (1983) menciona que “la entrevista debe considerarse no solo como el instrumento de evaluación o exploración psicológica que precede a cualquier modalidad de intervención o de toma de decisiones (como en el caso de los test psicológicos), sino que es el sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación-intervención”. En efecto, la entrevista es la “matriz” dentro de la cual tal proceso es llevado a cabo. (Cortada, 1999).

La entrevista permite observar los hechos, palabras y los productos de la imaginación, por lo que se constituye en un método de observación estable, que se basa en el intercambio de actitudes y palabras entre el paciente (niño-adolescente) o familiares del paciente, con el entrevistador, (Esquivel et al, 1999).

Se considera que en la psicología clínica resulta más útil la entrevista abierta o semiabierta, ya que conduce a una investigación más amplia y profunda del entrevistado, al permitirle expresarse abiertamente, logrando que el individuo configure el campo de la entrevista de acuerdo a sus propias características; mientras que, en lo que respecta a la entrevista cerrada, como todo instrumento estructurado e incluso estandarizado, sólo permite una comparación más sistemática de datos. (Esquivel et al, 1999).

La posibilidad de registrar grandes cantidades de información, así como información de muy variado tipo, entre las que se suele subrayar la información de tipo subjetivo (acceso a pensamientos, emociones y otros aspectos de la subjetividad) y la información de tipo biográfico (anamnesis e historia vital, situación actual de vida, perspectivas futuras). (Fernández, 1994).

Ahora bien, con objetivos tan diversos y heterogéneos es difícil, por no decir imposible, hacer una valoración general de la entrevista. Sundberg (1977) apunta con razón, a este aspecto, que hay tal cantidad de tipos de entrevista que nada se puede generalizar en cuanto a fiabilidad y validez. Ellas serán diferentes dependiendo, además, de los objetivos a cumplir, de los criterios utilizados, de los sujetos participantes y de características que inciden en la estructuración y realización de la entrevista misma. (Fernández, 1994).

En cuanto a la fiabilidad, ha interesado ante todo la concordancia entre distintos entrevistadores, también llamada “fiabilidad del evaluador”, llegándose en este caso a un marcado refinamiento metodológico. Entre los tipos clásicos de fiabilidad, no ha interesado casi estimar la consistencia interna del relato, habiéndose desplazado el interés de fijar su estabilidad (fiabilidad test-retest) cuando se enfrenta al entrevistado a una misma cuestión. (Fernández, 1994).

En cuanto a la validez, y no obstante lo acertado de la observación de Kanfer y Philips (1970) de que el relato del entrevistado tiene valor por sí mismo, como “conducta verbal”, no cabe duda que lo que más ha interesado ha sido su valor como testimonio. Por ello, apunta Haynes (1978) que “la validez se refiere al grado en que el informe verbal del cliente durante la entrevista refleja adecuadamente su conducta en el ambiente natural”. Se asume que el informe del cliente es adecuado, lo que implica, a su vez, asumir en él una adecuada capacidad de observación y un informe preciso y veraz de los hechos observados (Linehan, 1977).

➤ ***Observación Clínica del Paciente.***

La observación es la estrategia fundamental del método científico. Cualquier procedimiento en Evaluación Psicológica se realiza a través de una u otra forma de observación. (Fernández, 1994).

Se refiere a la respuesta libre del paciente ante determinado material o situación. (Esquivel et al, 1996).

Además de la información verbal, el entrevistador tiene en la entrevista una oportunidad única de observar el comportamiento del entrevistado, en este caso, en una muestra (aunque especial) de relación social interpersonal. Caben aquí también las interesantes relaciones que entre comportamiento verbal y no verbal puedan observarse. (Fernández, 1994).

➤ ***Aplicación, Calificación e Interpretación de test o pruebas psicológicas:***

La palabra test es un término general que se emplea para designar cualquier tipo de instrumento o procedimiento para medir aptitudes, rendimiento, intereses, personalidad u otro aspecto del comportamiento psicológico. La palabra “test” fue usada por primera vez por el psicólogo norteamericano James McKeen Cattell en un artículo publicado en 1890. (Cortada, 1999).

Anastasi (1968) menciona que “Un test es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta”, Cronbach (1973) señala que “un test es una técnica sistemática para comparar la conducta de dos o más personas”, Anstey (1976) indica que “un test es un instrumento de evaluación cuantitativa de los atributos psicológicos”. Para Graham y Lilly (1984) “Un test es una muestra estandarizada de conductas de las que pueden inferirse o predecirse otros comportamientos importantes”. Una de las definiciones más comprensivas de lo que es un test la tenemos en Yela (1980) que nos dice que “Un test es una situación problemática previamente dispuesta y estudiada a la que el sujeto debe responder siguiendo ciertas instrucciones y de cuyas respuestas se estima, por comparación con las de un grupo normativo (o un criterio u objetivo) la calidad, índole o grado de algún aspecto de la personalidad” (Cortada, 1999).

Cuando tenemos un grupo o muestra de examinados y les aplicamos un test, los resultados diferirán, por el principio de las diferencias individuales. Esto sucede en la medición de cualquier variable psicológica. (Cortada, 1999).

Una vía para llegar al estudio científico de un sujeto consiste en abordar éste recogiendo la información pertinente a través de las series de técnicas, test o instrumentos, por medio de los cuáles cumplir los objetivos del caso, llegando a unos niveles de probabilidad determinados, a describir, clasificar, seleccionar, orientar o recomendar un tratamiento. (Fernández, 1994).

A pesar de los problemas en que se ha incurrido en la aplicación de los test y a pesar de los numerosos ataques en su contra, el método de los test se ha desarrollado ampliamente, multiplicándose y perfeccionándose las técnicas, y creándose toda una rama de la estadística para favorecer su interpretación. (Benavides, 1981)

TÉCNICAS PSICOMÉTRICAS.

Un Test Psicométrico se relaciona con teorías de la personalidad de tipo fenomenológico y descriptivo, y poseen características que las hacen estables para su manejo. Estos atributos son la estandarización entendida como la uniformidad de los reactivos que conforman la prueba y la validez. (Esquivel et al, 1999)

Las dos cualidades de un instrumento psicométrico en las cuáles el investigador debe interesarse especialmente son la de confiabilidad y validez. (Cortada, 1999).

Un procedimiento de medición es confiable en la medida que la repetición de la medición produce resultados coherentes para el individuo, en el sentido de que su puntaje o resultado permanece sustancialmente el mismo cuando se repite la aplicación o en que su posición dentro del tiempo indica poca variación. (Cortada, 1999).

Un procedimiento de medición tiene validez cuando está correlacionado con alguna evaluación del éxito en la tarea para la cual el test se usa como pronóstico. Se refiere a la comprobación empírica de que el instrumento de que se trate mida la variable que se pretenda medir. (Cortada, 1999).

Como se sabe, todo instrumento válido ha de ser fiable, pero no toda medida fiable es válida. En definitiva, como señala Cronbach (1990), con el concepto de validez estamos tratando de una cuestión fundamental: hasta qué punto son válidas las interpretaciones que vamos a hacer. (Fernández, 1994).

El estudio de la fiabilidad nos sirve, precisamente, para poder estimar la cuantía de error de los instrumentos de medida. “si se conoce la fiabilidad de un test, sabemos que su medida no es precisa, pero no sabemos la magnitud de su imprecisión. Si conocemos la fiabilidad de un test, podemos averiguar no sólo que es impreciso, sino en qué medida lo es y hasta qué punto podemos fiarnos de sus resultados” (Yela, 1979) (Fernández, 1994).

En definitiva, lo importante radica en la elección de instrumentos que presenten el mínimo error de medida. Datos sobre fiabilidad test-retest, sobre consistencia interna o sobre el grado de objetividad de las puntuaciones, suelen aparecer en forma pormenorizada en los manuales de todas las técnicas estándar de evaluación. (Fernández, 1994).

✓ **Escalas de Inteligencia Wechsler**

En 1930, David Wechsler, concibió una serie de instrumentos de gran sencillez que finalmente definieron las pruebas de Inteligencia desde mediados hasta finales del siglo XX. (Gregory, 2000)

Wechsler se apropió de docenas de reactivos de prueba de *Psychological Examining in the United States*, editado por Yekes (1921), justo después de la primera Guerra Mundial y muchos de los cuales han sobrevivido hasta la actualidad en las revisiones contemporáneas de las pruebas Wechsler. (Gregory, 2000).

Wechsler elaboró en Nueva York su primera escala en 1939 con el nombre de “Escala de Inteligencia Wechsler Bellevue I”, que cubría un rango de edad de 10 a 60 años. Posteriormente elaboró una forma paralela a la que le dio el nombre de Forma II en la Escala (Varela R, Villegas E, 1999).

De una serie de observaciones, Wechsler decide partir de las siguientes hipótesis para estructurar sus Escalas de medición de la Inteligencia: a) utilizando los test es posible cuantificar un fenómeno como la Inteligencia, b) la inteligencia debe definirse como el potencial o energía que permite al individuo confrontar y resolver situaciones particulares y c) la inteligencia tiene que relacionarse absoluta y necesariamente con componentes biológicos inseparables del organismo (Varela et al, 1999).

En la actualidad tenemos, además de sus dos primeras escalas, poco usuales, tres Instrumentos para la medición de la Inteligencia: WPPSI, WISC, WAIS. (Esquivel et al, 1999)

Las diversas versiones y ediciones de las pruebas Wechsler poseen las siguientes características en común (Gregory, 2000):

- De 10 a 14 subpruebas. El patrón de puntuaciones de subprueba puede transmitir información útil que no es evidente en el nivel global de desempeño.
- Una Escala Verbal compuesta de 5 o 6 subpruebas y una Escala de Ejecución que también incluye 5 o 6 subpruebas. Con esta división, el examinador puede evaluar las habilidades de comprensión verbal y organización perceptual por separado.

- Una métrica común par el CI y la puntuación índice. La media del C.I. y de la puntuación Índice. La media del C.I y de la Puntuación Índice es de 100 y la desviación estándar de 15 para todas las pruebas y todos los grupos de edad. Las puntuaciones escalares en cada subprueba tienen una media de 10 y una desviación estándar de aproximadamente 3.
- Subpruebas comunes para diferentes edades (WPPSI, WISC, WAIS).

Escala Wechsler para adultos WAIS

La estandarización de la presente Escala esta basada en un muestreo nacional de 1700 adultos, prorratedos de acuerdo al censo el año 1950 en E.U.A, incluyendo una representación proporcional de la población de color. Se establecieron 18 centros en otros tantos sitios diferentes. Las aplicaciones se llevaron a cabo por examinadores, supervisados por psicólogos profesionales en estos centros (Cortada, 1999).

Escala Wechsler para niños WISC

Consta de 12 subtest, los primeros 11 semejantes a los que componen el WAIS. El último es un test de laberintos, prueba con la que se intenta evaluar la capacidad de planificación de la acción a realizar y la coordinación psicomotora. (Cortada, 1999).

El WISC se estandarizó con 2200 niños y niñas de raza blanca en 1940. En general, los coeficientes para la Escala Total son de .90 a .92, para la Escala Verbal son de .88 a .96 y para la de Ejecución son de .86 a .93, por lo que se considera un instrumento altamente confiable y estable. (Esquivel et al, 1999).

En lo que respecta a la validez, ésta se ha obtenido por diferentes métodos, entre los que se encuentra la validez por concurrencia en las que se compara el WISC con otras pruebas como Stanford-Binet, WPPSI, WAIS, Raven, con medidas de aprovechamiento, y en todos los resultados son altos los coeficientes de validez. (Esquivel et al, 1999).

✓ **Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.**

La Prueba Gestáltica Vismotora fue construida por Lauretta Bender entre los años de 1932 y 1938. El fundamento teórico de esta prueba se encuentra en la Psicología de la percepción, de la Teoría de la Gestalt. Para la construcción de la prueba se eligieron nueve de los patrones elaborados por Wertheimer (1923), para demostrar los principios de la psicología de la Gestalt en relación con la percepción. (Esquivel et al, 1999).

Bender demostró que la percepción y reproducción de estas figuras esta determinada por los principios biológicos de acción sensoriomotriz que varían en función del desarrollo y maduración de cada individuo y de su estado patológico, que puede haber sido inducido funcional u orgánicamente. (Esquivel et al, 1999).

La Prueba de Bender se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora tanto en niños como adultos. Mediante ésta puede detectarse retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, así como diagnosticarse daño neurológico y retraso mental. En los adultos permite detectar daño neurológico y dificultades perceptuales o visomotoras. Además tanto en niños y adultos pueden evaluarse algunos aspectos emocionales debido a que el organismo responde de manera integrada. (Esquivel et al, 1999).

Con base a investigaciones realizadas, Bender (1938), concluye que en los niños se presenta una estrecha relación entre percepción visomotora y lenguaje, así también con otras funciones asociadas con la inteligencia como son: memoria, percepción visual, coordinación motora, conceptos temporales y espaciales, capacidad de organización y representación. (Esquivel et al, 1999)

También la investigación neuropsicológica con el Bender ha demostrado su eficacia relativa con discriminación entre pacientes neurológicos y psiquiátricos. Lacks (1979) ha encontrado empleando el método de Hutt que el test Bender identifica a los sujetos pertenecientes a estos dos grupos mejor o igual que cualquier otro test. En el primer estudio se identificó a un 82 por 100 y en el segundo a un 74 por 100. En otro estudio realizado por Korman y Blumberg (1964) y empleando el método Pascal –Studell se identificó a un 74 por 100 de este tipo de pacientes. Valórese, con todos estos datos, la adecuación de esta prueba en la discriminación de trastornos neurológicos. (Fernández, 1994).

De entre las distintas investigaciones realizadas con el fin de establecer un método de valoración del test cabe destacar la llevada a cabo por Pascal – Suttell (1951), quienes emprendieron la tipificación del test en una población adulta. Para ello observaron los errores susceptibles de ser valorados numéricamente. Otros autores, como Hain (1966), han considerado la valoración como un todo compuesto, y no dibujo por dibujo. Hain elaboró un sistema de valoración compuesto por 15 categorías a partir del estudio de protocolos pertenecientes a pacientes con lesión cerebral. Las puntuaciones varían de 0 puntos, para una ejecución perfecta, hasta 34 puntos, para un protocolo en que hay fallos en cada una de las categorías establecidas. En esta misma línea de investigación cabe citar los trabajos de Hutt (1969), quien elaboró una escala psicopatológica compuesta por 17 factores, con la intención de evaluar el grado de psicopatología existente. Sus investigaciones fueron realizadas con dos grupos de sujetos normales, neuróticos y esquizofrénicos. Existen formas específicas de aplicación y valoración para niños (zazzo, 1963; Koppitz, 1975). (Fernández, 1994)

También Margaret Koppitz utilizó un sistema de puntaje útil para niños de 5 a 10 años, independientemente de su inteligencia o de los problemas que presentes. Su tipo de puntaje configura una escala de maduración que puede llegar a los 30 puntos. Cuanto más alto el puntaje, más pobre es el desempeño del niño. (Cortada, 2000).

Todos estos trabajos realizados (de Pascal y Suttell, Margaret Koppitz, etc), con niños han tenido el gran mérito de haber convertido una prueba que se usaba en clínica con mucha subjetividad, es un instrumento preciso y objetivo con elevada confiabilidad y validez. (Cortada, 2000).

La validez del Bender se obtuvo al correlacionarlo con diferentes pruebas como: la Escala de Randall, la Prueba de Goodenough y la Escala de Pitner-Patterson. Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios. (Esquivel et al, 1999)

TÉCNICAS PROYECTIVAS.

Una técnica proyectiva es un método de estudio de la personalidad que pone al sujeto ante una situación en la cuál contestará según el sentido que para él presenta esa situación y según lo que sienta mientras contesta. El carácter esencial de una prueba proyectiva consiste en que evoca del sujeto lo que es, en distintos modos, la expresión de su mundo personal y de los procesos de su personalidad. (Benavides et al, 1981).

Por tanto, las técnicas proyectivas han sido definidas por Lindzey (1961) como “aquellos instrumentos considerados especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la persona que provocan una amplia variedad de respuestas subjetivas; son altamente multidimensionales y evocadores de datos inusualmente ricos con un mínimo de conocimiento por parte del sujeto del objetivo del test. Generalmente, el material estimular presentado es ambiguo, estimulan la imaginación del sujeto, de ellos no se derivan respuestas correctas o incorrectas y su interpretación depende de un análisis global”. (Fernández, 1994).

Las técnicas proyectivas han sido desarrolladas, en su mayoría, desde un marco conceptual psicodinámico. Teóricamente se parte de que el material de prueba –con un mínimo de estructura y/o instrucción- provoca la proyección del mundo interno del sujeto. Como se sabe, el término proyección fue introducido originalmente por Freud para conceptualizar un mecanismo de defensa patológico frente a la ansiedad y la culpa subyacentes –según él- a trastornos paranoides. Posteriormente, en sucesivos escritos, Freud amplía tal concepto a otras condiciones no patológicas siendo definido como el dinamismo por el cual “percepciones internas provocadas por procesos ideacionales y emocionales son proyectados en el mundo exterior” (Fernández, 1994).

Existen amplios antecedentes históricos de las técnicas proyectivas en la literatura psicológica; siendo tres sus hitos históricos fundamentales (Garaigordobil, 1998):

1. En 1910, el establecimiento de la técnica de “Asociación de palabras” de Jung.
2. En 1921, la primera edición de “Psychodiagnostik de Rorschach.
3. En 1938, la publicación de Murray “Explorations in personality”, base del “Test de Apercepción Temática”.

Aunque existen diferencias entre los diversos métodos proyectivos, hay postulados muy semejantes en casi todos ellos. La premisa básica es que el sujeto revela algo acerca de su personalidad en el modo en cómo responde al material de estímulo. (Garfield, 1979).

La hipótesis proyectiva básica ha sido que el sujeto, al imponer estructuración a un material semiestructurado, refleja características más o menos estables de su personalidad. (Fernández, 1994).

El sujeto es libre para responder de la manera que quiera. El modo en como construye u organiza sus respuestas, y como percibe el estímulo, los comentarios que hace, y los patrones semejantes de respuesta, se considera estar relacionado con sus motivaciones, conflictos y defensas. (Garfield, 1979).

Debido a que el sujeto es libre de responder en la forma que quiera, hay menos probabilidad de una falsificación deliberada y de que el sujeto responda en una forma que él cree que es socialmente aprobada, se pueden lograr más pistas hacia los aspectos de motivación y conflictivos de la personalidad, y se puede lograr una mejor comprensión de toda la personalidad. (Garfield, 1979).

Es obvio que algunas de las respuestas del sujeto serán estereotipadas o estarán determinadas culturalmente, pero habrá otras que revelen aspectos muy propios de él, tanto por lo que toca a actitudes conscientes como a tendencias inconscientes. (Garfield, 1979).

Fernández – Ballesteros (1980), dice que las técnicas proyectivas se clasifican en:

- Estructurales. Material visual de escasa estructuración que el sujeto debe estructurar diciendo lo que ve, o a lo que puede parecerse. (ejemplo: Rorschach).
- Temáticas: Material visual con distintos grados de estructuración formal de contenido humano o parahumano sobre los cuáles el sujeto debe narrar una historia. (ejemplo: TAT).
- Expresivas: Consigna verbal o escrita de dibujar una/s figura/s. Éstas carecen de material estimular, visual o táctil; es decir, no hay ningún objeto, elemento o conjunto de elementos a percibir, estructurar o manipular. La hipótesis proyectiva sustenta que siendo la conducta proyectada una función de la personalidad globalmente considerada, y careciendo de estímulo previo sobre el que proyectarla, los resultados tienen que estar en función (Hammer, 1969), con una alta probabilidad de tal estructura interna. (Fernández, 1994). (ejemplos: Dibujo de la Figura Humana de Machover (1983), Test del Árbol” (Koch, 1962), el HTP (Buck, 1949), el Test de Dibujo de la Familia (Cormman, 1967) y el del Garabato (Corman, 1971), entre otros). (Fernández, 1994).
- Constructivas: Material concreto que el sujeto debe organizar en base a distintas consignas (ejemplo: test del pueblo).
- Asociativas: Consigna verbal o escrita por la que el sujeto ha de manifestar verbalmente sus asociaciones frente a palabras, frases o cuentos. (ejemplo: frases incompletas, fábulas de Düss). (Fernández, 1994).

Con lo que respecta a aquellas Técnicas Proyectivas Expresivas, podemos mencionar que tienen un gran fundamento y antecedente histórico, ya que el hombre desde la antigüedad realizó dibujos para registrar sus sentimientos y acciones mucho antes que símbolos que registrarán específicamente el habla. El ser humano tanto el primitivo como el civilizado, expresó sus sentimientos, ideas religiosas y necesidades mediante trabajo artístico (Hammer, 1997).

Se ha reconocido que todo arte contiene algún ingrediente de la personalidad íntima del artista. Fue un artista, Elbert Hubbard, quien observó que “cuando un artista pinta un retrato, en vigor pinta dos, el del modelo y el propio” y Alfred Tunelle, otro artista perspicaz, comentó: “El artista no ve las cosas como son, sino como es él” (Cit. Hammer, 1997).

Examinando el trabajo artístico, se ha observado que las personas tienden a expresar en sus dibujos, y a veces en forma bastante inconsciente (a veces, involuntariamente) una visión de sí mismos tal como son, o tal como les gustaría ser. (Hammer, 1997).

Se asegura que fue Leonardo Da Vinci, quien por primera vez observó el proceso de proyección. Afirmó que la persona que dibuja o pinta, “si no cuenta con un entrenamiento adecuado que tienda a proteger las capas más íntimas de su personalidad, entonces puede tender a prestar a las figuras que realiza su propia experiencia corporal. (Hammer, 1997).

Puede afirmarse con seguridad que todo acto, expresión o respuesta de un individuo, sus gestos, percepciones, sentimientos, elecciones, verbalizaciones o actos motores de algún modo llevan algo de personalidad. (Hammer, 1997).

La utilización de técnicas gráficas en el campo psicológico es muy antigua. Hammer (1969) dice que uno de los primeros clínicos que advirtió la presencia de la simbolización en los dibujos de sus pacientes fue Max Simmons, psiquiatra francés de mediados del siglo XIX. (Ávila, 1997).

La mayoría de autores coincide en señalar que deben ser las que abren el proceso psicodiagnóstico. Las razones son varias, entre ellas: son aplicables en cualquier edad, nivel intelectual o status, son tareas sencillas, fáciles para la mayoría de los sujetos, facilitan el afianzamiento del vínculo transferencial breve, propio de la tarea psicodiagnóstica, relajan al examinado por ser lúdicas, porque rebajan el nivel de las ansiedades persecutorias, normales en la fase inicial, etc.(Ávila, 1997).

El primer nivel de análisis sobre los test de dibujo se basa en los elementos expresivos del mismo, es decir, en la utilización del lápiz y el papel. Se parte de la hipótesis de que el papel blanco representa el espacio vital del sujeto, su medio ambiente. En términos de Winnicott, se entendería como un objeto transicional. Así la forma en que realiza su dibujo, dónde lo coloca, el tamaño del mismo, la fuerza con la que se aproxima al papel, la preocupación por la simetría, etc, serán indicadores de cómo él se siente en ese espacio vital, cómo se integra, qué espacio ocupa, hasta qué punto se siente centrado o descolocado, etc. Tendremos datos sobre sus logros y fracasos, su identidad y sus defensas. (Ávila, 1997).

Los indicadores más significativos en la investigación en las Técnicas Proyectivas Gráficas o Expresivas, son los siguientes: Utilización de la hoja, Secuencia, Tamaño, Presión del trazo, Tipo de trazo, Emplazamiento, Detalles, Simetría, Movimiento, Perspectiva, Tema, Indicadores generales de conflicto, Indicadores de psicosis. (Ávila, 1997).

Existen otros factores que se integran al contenido del dibujo, tales como: personas significativas, la percepción que tenga de sí mismo quien dibuja, etc. A este nivel de expresión tendemos a utilizar símbolos para comunicar lo que deseamos, tales símbolos pueden incluir elementos localizados en el mito, folklore y en las manifestaciones profundas propias de la persona que dibuja. (Hammer, 1997).

✓ ***Test de la Figura Humana de K. Machover.***

A partir de Goodenough (1926) quien utilizó la tarea del dibujo de la figura humana como base para estimar la inteligencia, los psicólogos con inclinaciones psicodinámicas adaptaron el procedimiento para la evaluación proyectiva de la personalidad. (Gregory, 2000)

Goodenough aplica y analiza este test con más de 4000 niños con edades de entre los dos y los quince años, la estandarización final de la escala se hizo con 3593 niños de diversos países con unas edades de entre cuatro y diez años. Los índices de fiabilidad encontrados por la autora fueron de entre .80 y .90 para los niños de cuatro a diez años y en una correlación promedio de .77 para niños entre cinco y diez años. (Santiago, 1999)

Karen Machover (1949, 1951) fue la pionera en este nuevo campo. Su procedimiento se llegó a conocer como la prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH). (Cit. en Gregory, 2000)

La interpretación del DFH procede de manera clínica-intuitiva, guiada por varias hipótesis tentativas con base psicodinámica. (Cit. en Gregory, 2000).

El utilizar dibujos proyectivos de la figura humana, puede constituir una fuente de información y comprensión de la personalidad sumamente provechosa, para que cuando un sujeto trata de “dibujar una persona” debe resolver diferentes problemas y dificultades buscando un modelo a su alcance. (Hammer, 1997).

A favor del DFH debe decirse que la calidad general de los dibujos predice, aunque de manera débil, la adaptación psicológica. (Hammer, 1997).

Esta técnica puede enfocarse como un tipo de test situacional en el que se enfrenta al examinado, no sólo con el problema de dibujar una persona, sino también con el de orientarse y conducirse en una situación determinada y adaptarse a ella. En sus esfuerzos por resolver estos problemas la persona se compromete en conductas verbales, expresivas y motoras. Estas conductas así como el dibujo mismo, ofrecen datos para el análisis psicológico. (Hammer, 1997).

La interpretación del dibujo se basa en la hipótesis de que la figura dibujada está reflejando al examinado con la misma intimidad que puede hacerlo el estilo de la letra, los gestos o cualquier otro movimiento expresivo. (Hammer, 1997).

Se supone que todo aspecto de la conducta tiene alguna significación. Los gestos, las expresiones faciales, los garrapateos y movimientos motores aparentemente accidentales, tienen significados que pueden o no resultar accesibles a la interpretación.

✓ ***Test Gráfico Proyectivo de Persona Bajo la Lluvia de Hammer***

Este Test resulta ser una variante de la Prueba de “La Figura Humana de Machover” y fue a Arnold Abrams, según algunos, y a Abraham Amchin, según otros, a quienes se les atribuyó la paternidad de tal innovación. (Hammer, 1997)

La utilización de la variación consiste en dibujar una persona bajo la lluvia, constituyéndose como un procedimiento simple, con el cual se pretende lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental, representadas por la lluvia. (Hammer, 1997)

La lluvia simboliza el estrés, lo que puede ser visto como la manera en que experimenta el individuo una situación amenazante o angustiante del medio ambiente, puesto que la lluvia, desde la llovizna hasta la tormenta, siempre ocasiona un impacto emocional, y la manifestación de actitudes diversas del sujeto (Gómez, L.).

Se pretende analizar la capacidad defensiva del paciente, y ofrece gran cantidad de información si se compara este dibujo con el de la Figura Humana de Machover, realizado por el mismo examinado. (Ávila, 1997).

La interpretación se hace en un triple plano: Expresivo, de contenido y comparativo. (Ávila, 1997).

Para demostrar la utilidad de esta prueba como indicador de psicopatología, se hizo necesario el apoyo de la Figura Humana como punto de referencia para comprobar el nivel de confiabilidad, al correlacionarla con la prueba objeto de estudio. Por otro lado, se utilizaron los grados de psicopatología del MMPI como diagnóstico comparativo de los índices de patología de las pruebas de los dibujos (Gómez, L.)

Se elaboraron cuatro guías para calificar las pruebas de dibujos las cuales contienen: 1) Índices de rasgos gráficos corporales adecuados, los cuales sugieren un funcionamiento adecuado del individuo. 2) Índices de rasgos gráficos corporales inadecuados, que sugiere índice de patología o de síntomas. 3) Índices de rasgos gráficos corporales y utensilios defensivos adecuados, cuya presencia sugiere mecanismos de defensa adecuados. 4) Índices de rasgos gráficos corporales y utensilios defensivos inadecuados, cuya presencia indica la utilización de mecanismos de defensa de manera inadecuada. (Gómez, L.)

✓ ***Test Gráfico de la Familia de Cormman.***

La Prueba de la Familia se utiliza más para evaluar aspectos emocionales en el niño, que aquellos del desarrollo intelectual y de maduración. La Prueba del dibujo de la Familia, como lo menciona Lluís (1978), evalúa clínicamente cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él en este sistema al que consideramos como un todo. En esta prueba se manifiesta claramente la interrelación entre lo intelectual y lo afectivo. (Esquivel et al, 1996).

Esta prueba se ha desarrollado básicamente en la tradición clínica en Francia y otros países europeos, en la actualidad se utiliza en países tan diversos como Italia, Noruega, Rusia, E.U., y en nuestro país como un instrumento valioso de evaluación psicológica, tanto en la clínica como en la investigación. Su uso se ha extendido incluso a países orientales como Japón. (Esquivel et al, 1996).

✓ ***Test Proyectivo H.T.P. de Buck.***

Buck (1948) señala que la Técnica Proyectiva del Dibujo de Casa-Árbol-Persona se concibió en un principio como una medida de inteligencia, completa con un sistema de calificación cuantitativa para estimar un nivel aproximado de capacidad (Cit. en Gregory, 2000).

Sin embargo, los clínicos pronto abandonaron el empleo de HTP como medida de inteligencia y ahora se el utiliza de manera exclusiva como medida proyectiva de la personalidad. (Gregory, 2000).

Buck afirma que en adición al dibujo de figuras humanas, los dibujos de casas y árboles, pueden igualmente ser asociados con aspectos relevantes de la persona, además de que tanto la casa, como el árbol y la persona, son ítems familiares a todos, hasta para el niño más pequeño, además de que como conceptos que debían ser dibujados por individuos de todas las edades, tenían mejor aceptación que otros, y estimulaban una verbalización más libre y espontánea que otros ítems. (Gregory, 2000).

Este Test fue ampliado por Hammer (1969). El autor selecciona estos tres elementos por considerarlos comunes y familiares para todos los examinados, fácilmente aceptables sin crear resistencias y facilitadores de asociaciones verbales posteriores a la realización de los dibujos. Hammer enfatiza la gran potencia simbólica de estos elementos, cargados de experiencias cognitivas y emocionales tanto conscientes como inconscientes, y relacionados con el desarrollo de la personalidad. (Ávila, 1997).

✓ ***Test de Frases Incompletas de Sacks.***

Este Test forma parte de las Técnicas Proyectivas asociativas y puesto que el Test de frases Incompletas es una variación del método de Asociación de palabras, ambas técnicas se han comparado con frecuencia, sin embargo, se afirma que el Test de Frases Incompletas reduce la multiplicidad de las asociaciones evocadas por una palabra. (Bellak, Ortega, Lejardi, 1990)

Joseph M. Sacks y otros psicólogos del New Cork Veterans Administration Mental Higiene Service idearon este test, el cual está destinado a obtener material clínico significativo en cuatro áreas representativas de la adaptación. Esas cuatro áreas son familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo. Se consideró que los ítems incluidos en estas áreas ofrecen al examinado suficientes oportunidades para expresar sus actitudes de modo tal que un psicólogo clínico pueda deducir las tendencias dominantes de su personalidad. (Bellak et al, 1990)

Tres psicólogos establecieron el grado de perturbación de cien examinados en cada una de las quince categorías sobre la base de respuestas de aquellos. Los psiquiatras que trataban a esos individuos evaluaron independientemente el grado de su perturbación en cada una de las quince categorías, basándose en sus impresiones clínicas de los examinados. La confiabilidad de los juicios de los psicólogos sobre el grado de perturbación esta indicada por el acuerdo habido entre dos de cada tres psicólogos en el 92 % de 1500 evaluaciones. (Bellak et al, 1990)

Cuando las evaluaciones de los psicólogos se correlacionaron con las de los psiquiatras, se encontraron coeficientes de contingencia de 0.48 y 0.57, con errores estándar de .02 y .03. Estas cifras indican que las evaluaciones de los psicólogos estaban en una relación significativa y positiva con la de los psiquiatras. (Bellak et al, 1990)

Estos resultados se pueden comparar favorablemente con los obtenidos en trabajos de validación de otros métodos para el estudio de la personalidad, como el Test de Rorschach y el TAT. (Bellak et al, 1990)

REFERENCIAS.

- Aberastuy A. y Knobel (1999). **La Adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico.** Edit. Paidós Educador. México.
- Alatorre Rico (2002). **Criterios para la elaboración de documentos psicológicos.** Traducción selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association. Facultad de Psicología. Centro de Documentación. México D.F. UNAM
- Anderman E, (1998). **La entrevista psicológica para la elaboración de la Historia de Desarrollo del Niño.** Prácticas de Desarrollo Psicológico I. Publicaciones Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Ávila Espada (1992) **Evaluación en Psicología Clínica I. Proceso, Método y Estrategias Psicométricas.** Amaru Ediciones. Salamanca.
- Ávila Espada (1997) **Evaluación en Psicología Clínica II. Estrategias cualitativas.** Amaru Ediciones. Salamanca
- Ballesteros, (1976). **Adolescencia, ensayo de una caracterización de esta edad.** Duodécima Edición. Edit. Patria. México.
- Barragán L, Benavides J, Brugman A, Lucio E. (1994). **El uso del WAIS y WISC en Psicología Clínica.** Evaluación de la Personalidad. Publicaciones Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Bayona R, López C. (1990). **El Desarrollo del Niño. I.** Enciclopedia de Psicología Infantil y Juvenil. Guía Educacional Autodidáctica. Ediciones Océano Éxito. Barcelona España.
- Bellak A, Ortega E, Lejardi A, (1989). **Métodos De Investigación en psicología clínica.** Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Benavides, J (1981). **Técnicas de Evaluación de la personalidad.** Facultad de Psicología. UNAM.
- Biehler, F. R. (1980) **Introducción al desarrollo del niño.** Ed. Diana. México.
- Birmaher B. et al. (2002) **Course and outcom of child and adolescent major depressive disorder child adolescent psychiatric clin.**
- Blos P. (1980). **Los comienzos de la adolescencia.** Edit. Amorrortu. Buenos Aires.

- Blos P. (1986). **Psicoanálisis de la adolescencia**. Edit. J. Mortiz. México.
- Borges G, Rosovsky H, Gómez (1994). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. **Salud Pública, 9**. México.
- Brown J, Cohen P, Johnson J. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects and adolescent and young adult depression and suicidality. **J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38**.
- Buck J. **Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P**. Edit. Manual Moderno, México D.F.
- Candless, Mc. et al. (1981). **Conducta y Desarrollo del Niño**. Editorial Ineramericana. México D.F.
- Caraveo J, Medina M, Villatoro J, López L. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. **Salud Pública de México, 44** (6). Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Carneiro, (1982). **Adolescencia, sus problemas y su educación**. Unión tipográfica. Editorial Hispano Americana, México.
- Cazorla, G. (1985). **Conductas sexuales delictivas: Violación, Abuso sexual, Hostigamiento sexual, Incesto, Lenocinio y Estupro**. Antología de la Conducta Sexual III. CONAPO. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. México.
- Chagoya B, L. (1976). **Dinámica Familiar y Patológica**. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Editorial. E. Dulanto. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. México
- Cohen R, Swerdlic M, (2001). **Pruebas y evaluación psicológicas**. 4^a edición. Edit. Mac Graw Hill, México.
- Cormman, L. (1967) El **test del dibujo de la familia en la practica médico-pedaqógica**. Kapelusz. Buenos Aires.
- Cormman L. (1971). **Examen Psicológico del niño**. Herder. Barcelona.
- Cortada de Kohan, (1999). **Teorías Psicométricas y Construcción del Test**. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Cortada de Kohan (2000). **Técnicas Psicológicas de Evaluación y exploración**. Edit. Trillas. México D. F.

- Del Bosque, Suárez C, Arrollo E, Higuera F, Rodríguez H. (2004). Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad. PAC. **Psiquiatría-4**. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. Intersistemas Editores. México D.F.
- Delgado C. (2003). Análisis de la Estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. **Revista Cubana Medicina General Integral 4**.
- Delval, J. (1996). **El desarrollo humano**. 4ª. Edición. Editorial Siglo XXI. México.
- Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman (1995). **World Mental Health problems and priorities in low income countries**. Oxford University Press: Oxford.
- Díaz G, Varela R, Villegas E, (2001). **Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender**. Psicometría. Publicaciones Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Diekstra y Van Egmond, (1989). Suicide and attempted suicide in general practice 1979-1986. **Acta Psychiatr Scand, 79**.
- Estruch J. y Cardús, S. (1982). **Los suicidios**. Herder. Barcelona.
- Esquivel F, Heredia C, Lucío E. (1999). **Psicodiagnóstico Clínico del Niño**. 2ª. Edición. Manual Moderno. México.
- Farré Martí, J. (2000). **Enciclopedia de la Psicología**. Grupo Editorial Océano. Barcelona España. Vol. 3
- Faw, T. (1981). **Teorías y Problemas de Psicología del Niño**. Editorial Latino Americana, S.A. Bogotá, Colombia.
- Fernández Ballesteros (1994). **Introducción a la Evaluación de la Psicología I**. Pirámide. Madrid.
- Frazier, Shervert H (1975). **Diccionario de Psiquiatría**. Edit. Trillas. México
- Freud A, (1973). **Normalidad y Patología en la Niñez**. Edit. Paidós. Psicología Profunda. México.
- Fuente et al. (1997). **Ámbitos de la Familia. Nuevas estructuras. Jefatura femenina. Intolerancia y Violencia. Legislación. Políticas Públicas. Día Internacional de la Familia**. DIF. Colegio de México. UNICEF. México.
- Garaigordobil Landazabal (1998). **Evaluación Psicológica. Bases teórico metodológicas, situación actual y directrices del futuro**. Amarú Ediciones. Salamanca

- García, (2004). **Comportamientos suicidas.** Prevención y tratamiento. Ed. Ars Médica. Barcelona.
- García E. y Suárez (2004). **Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” a través del Servicio de Psicología.** Trabajo que se presenta en las Jornadas Académicas y de investigación XXXVIII. México D.F.
- Garfield S, (1979). **Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta.** Manual Moderno. México D.F.
- Gómez, E. **La prueba Proyectiva Gráfica “Persona bajo la lluvia” como indicador de Psicopatología.**
- Gómez Vaca (1995). **El Aprendizaje en el niño de la calle.** Tesina para obtener el Grado de Licenciatura en Educación Media con área en Psicología Educativa. Escuela Normal Superior F. E. P. México D. F.
- González F, Andrade P, (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. **Salud Mental, 18** (4). México, D.F.
- González F, Villatoro J, Alcántar I, Medina E, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. (1998). Ideación Suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. **Salud Pública, 40.** México 1998.
- González F, Ramos L, (2000). **Violencia familiar e Intento de suicidio.** Seminario Niñez, Adolescencia y Género. Una propuesta desde la Educación y la Salud por la no Violencia. Memorias. México Fundsalud.
- González N, Tavira F, (1989). **Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de adolescentes.** Edit. Trillas. México
- González, N. (2001). **Psicopatología de la Adolescencia.** Manual Moderno. México.
- Greenspan, (1980). **Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood: Clinical infant reports no. 1.** International Universities. New York
- Gregory, Robert. (2000). **Evaluación Psicológica. Historia, Principios y Aplicaciones.** Editorial Manual Moderno. México D. F.

- Gunnell D. J. (2000) **The epidemiology of suicide. International review of Psychiatry, 12**
- Hall Calvin, S. (1988). **Compendio de psicología freudiana**. 6a edición Biblioteca de Psicología Profunda. Paidós. México.
- Hammer F, Bernstein J, Brodesky A. (1997). **Test Proyectivos gráficos**. Paidós México.
- Herrera Santí (1997). La familia funcional y disfuncional. Un indicador de salud. **Revista cubana Medicina General Integral**.
- Híjar M, Rascón R, Blanco J, López I. (1996) **Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993)**. **Salud mental. 19** (4).
- Horrocks (1986). **Psicopatología de la Adolescencia**. Edit. Trillas. México.
- Jonghe, Raymonde (1982). **Los suicidios**. Productos Roche. Brasilia Suiza, México D.F.
- Kaplan, H (1975). **Compendio de Psiquiatría**. Salvat Editores. Barcelona, España.
- Koch (1962). **El test del árbol. dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar**. Kapelusz. Buenos Aires.
- Lacan, (1987). **Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis**. El seminario de Jacques Lacan. Libro II. Edit. Paidós. México.
- Lahey B, Miño E, Martínez B, Ozores I. (1999). **Introducción a la Psicología**. 6ª Edición Edit. Univ. de Chicago, Madrid.
- Lévi-Strauss, C. (1987). **Las estructuras elementales del parentesco**. Edit. Paidós. Barcelona, España
- López Ibor, (1994). **Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10**. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- López Ibor. (2000). American Psychiatric Association. **DSM IV-R. Breviario**. Masson, Barcelona, España.
- Machover K. (1983). **Test Proyectivo de Karen Machover**. La figura humana). Biblioteca Nueva. Madrid.

- Mancilla, G. (2001). **Análisis y/o comprobación de la Teoría de Peter Blos en una población mexicana.** Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Mancilla, B. (2003). **Manual de Procedimiento para elaborar el Reporte Psicológico.** Integración de Estudios Psicológicos. Publicaciones Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Mancilla, B. (2004). **Revisión de algunos Teóricos de la Personalidad.** Teorías e la Personalidad I. Publicaciones Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Menéndez, F. J (1997). **Ciencias de la Conducta.** Curso de Nivelación de ATS UNED. Enciclopedia Interactiva Encarta 97 Microsoft, Balaña.
- Minuchin, S (1986). **Familias y Terapia Familiar.** México. Gedisa.
- Minuchin, S. (1994). **Familias y Terapia Familiar.** México. Gedisa
- Mondragón, L. (2002) La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. **Salud Mental. 24** (6).
- Monedero, C. (1978). **Psicopatología General.** 2ª. Edición. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Morris, C. (1997). **Psicología.** 9ª. Edición. Edit. Prentice Hall, México
- Ortiz G. (1999). La Salud familiar. **Revista cubana de Medicina General Integral, 15 (4)**
- Papalia D. (1997) **Desarrollo Humano.** Edit. Mc Graw Hill. Colombia
- Papalia D., Wendkos S. (2001). **Fundamentos del Desarrollo Humano.** Mc. Graw Hill. México
- Pérez, (2002). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? **Organización Mundial de la Salud.** México.
- Pfeffer C, Shaffer D, (2001). Parámetros prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. **Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 65** (2).
- Pfeffer C, Klerman G, Hurt SW, Kakumat T, Peskin J, Siefker O, (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. **J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry , 32.**
- Piaget, (1980). **Psicología de las Edades.** Edit. Morata. Madrid.

- Piaget J, Inhelder B, (1981) **La Psicología del niño.** Ediciones Morata, Madrid.
- Piaget, (1985). **El nacimiento de la inteligencia en el niño.** Edit. Crítica. Barcelona.
- Pliego, I. (1989). **Etapas de Desarrollo de la Familia** . (Mecanograma). México.
- Polaino. Lorente, (1988). **Depresión y Suicidio en Adolescentes.** Las depresiones infantiles. Morata. Madrid.
- Rice F. P. (1997) **Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital.** Edit. Prentice. Hall. México
- Rivera O, Esquivel F, Gómez E, (1987). **Integración de Estudios Psicológicos.** Edit. Diana, México.
- Rocha, J. L. (4 y 11 de noviembre, 2001) **La diversidad familiar actual.** Conferencia presentada en la Expo 450 años de la UNAM, México.
- Rodríguez H. (2000). La entrevista psiquiátrica en el adolescente. **Gaceta GNC Roche.** México D.F.
- Rodríguez O. (2001). **Revisión bibliográfica de “La tentativa de suicidio en edad escolar (7-12 años).** Tesis para obtener el Título de Licenciatura en Psicología. Facultad de de Psicología, UNAM, México D. F.
- Rotheram- Borus, Walter J, Ferns W. (1996). Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services. **Clin Psychol, 52.**
- Runyon R (1987). **Estadística para las ciencias sociales.** Sistemas técnicos de edición Addison-Wesley. México, D.F.
- Sampieri R, Fernández C, Baptista P. (2003). **Metodología de la Investigación.** Edit. Mc. Graw Hill, México.
- Sánchez H. (1982) **La conducta en el Hombre.** Edit. Eudeba. Buenos Aires.
- Santiago, H. (1999). **Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas.** Amaru. Salamanca.
- Sarró, B, De la Cruz, C. (1991). **Los suicidios.** Ediciones Martínez Roca, S. A., Barcelona.

- Sentíes C, (noviembre, 2004) Ponencia: **Depresión y suicidio**. Curso: Suicidio y psicopatología. INP Héctor Sentíes Castellá (coordinador), México D.F.
- Shaffer, D. (2000). **Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia**. 5ª. Edición. Thompson Editores. Universidad de Georgia.
- Solloa G. (2001). **Los Trastornos Psicológicos en el Niño**. Edit. Trillas, México.
- Terroba G. et al. (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. **Salud Pública de México 1986, 28** (1).
- Varela R, Villegas E (1999). **Escala de inteligencia Wechsler para adultos WAIS**. Psicometría. Facultad de Psicología. Programa de Atención a alumnos.
- Varela R, Villegas E (1999). **Escala de inteligencia Wechsler para niños WISC**. Psicometría. Facultad de Psicología. Programa de Atención a alumnos
- Villar A. (2002). Suicidio en Niños y Adolescentes. **Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente, 2** (2).
- Villardón Gallego, (1993). **El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Instituto de ciencias de la educación**. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Villatoro V, (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. **Salud Mental, 20** (2).
- Werner E. E, Smith R. S (1982). **Vulnerable but invincible : A Longitudinal study ao resilient children and youth**. Mc. Graw Hill. New York.
- Wolin y Wolin, (1995). **Resilience among youth growing up in substance abusing familias**. Ped Clin N Am.