



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DETECCION DE PROBABILIDAD DE RIESGO SUICIDA
EN ADOLESCENTES ANTE LA AUSENCIA EMOCIONAL
DE LOS PADRES.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

AURORA GUADALUPE ESTRADA TREJO

DIRECTORA: DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ HURTADO

REVISOR : DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

ASESOR METODOLOGICO: DR. ALBERTO J. CÓRDOVA A.

MEXICO D.F.

MARZO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1.-	RESUMEN		1
2.-	INTRODUCCION		2
3.-	JUSTIFICACION		4
4.-	CAPITULO I	ADOLESCENCIA	7
5.-	CAPITULO II	FAMILIA	17
6.-	CAPITULO III	RIESGO SUICIDA	24
7.-	CAPITULO IV	AUSENCIA EMOCIONAL	30
8.-	METODO		40
9.-	RESULTADOS		49
10.-	CONCLUSIONES		76
11.-	REFERENCIAS		82
12.-	ANEXOS		87

AGRADECIMIENTOS

El amor existe, me siento rodeada de él.

*Porque es eterno e incondicional

A mis padres, gracias por su apoyo.
Eduardo y Mariel ¡LO LOGRAMOS!

*Porque se siente en las compañeras de vida

Katya y Berenice, gracias hermanas.
A mis ángeles, los quiero mucho.

*Porque se encuentra en el camino

Me siento muy afortunada de que sean
parte de mi vida. Rocío, Ale, Paty, Irene,
Mayte, Socorro, Enrique y José Luis.

Fernando gracias por tu apoyo.

CON PROFUNDA ADMIRACIÓN

A MIS MAESTROS

HA SIDO UN HONOR APRENDER DE SU EXPERIENCIA
PROFESIONAL, GRACIAS POR SU DEDICACIÓN, POR
IMPULSARME Y CREER EN MÍ

DRA. MARIA LUISA RODRÍGUEZ
DR. ALBERTO CORDOVA ALCARAZ
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRO. RODRIGO PENICHE AMANTE
LIC. JORGE ALVAREZ

RESUMEN

DETECCION DE PROBABILIDAD DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES ANTE LA AUSENCIA EMOCIONAL DE LOS PADRES.

El objetivo de esta investigación fue la detección de riesgo suicida en adolescentes y su relación con la ausencia emocional de los padres.

Se aplicó la Escala de Medición de Riesgo Suicida (SPS) en cuatro secundarias diurnas públicas del D.F, del turno matutino y vespertino. Se realizó la aplicación a adolescentes que cursaban el 2° año de secundaria, la muestra total fue de 1,169 aplicaciones, obteniendo una media de edad de 14 años.

La escala de Riesgo Suicida, de los autores John G. Cull y Wayner S. Gill, está compuesta por 4 subescalas que son: la desesperanza, la ideación suicida, la actitud negativa del self y la hostilidad.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El 34.7% de la población fue clasificado con riesgo suicida leve, el 46.1% con moderado y el 19.2% como severo.

Los resultados obtenidos muestran que se comprueban las hipótesis de investigación.

Como parte de los resultados se agregaron entrevistas con los adolescentes y sus padres, así como también un reporte de caso clínico, en el anexo.

INTRODUCCION

La conducta suicida representa un problema de salud pública a nivel internacional, ya que se ha estimado, que en la mayoría de los países el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte; en México, es poco frecuente entre los niños, pero se agudiza en las etapas de adolescencia y la juventud. (INEGI, 2005)

En los adolescentes se han encontrado patrones conductuales que pueden ser indicadores de riesgo suicida como son manifestaciones depresivas, aislamiento y descontento con el medio.

El riesgo suicida se puede definir como la predicción, en base a la experiencia previa y actual del sujeto de su potencial autodestructivo. Este potencial de autodestrucción puede ser relacionado con factores emocionales que precipitan conductas de riesgo, depresión y suicidio.

Entre estos factores emocionales, el abandono físico y emocional de los padres durante las etapas del desarrollo, es importante.

La tendencia suicida podría estar basada sobre algunos rasgos de personalidad que forman parte de cada individuo, que lo inclinarían a reaccionar de esta manera.

Se encontró que muchas de las personas que se habían suicidado o que lo habían intentado presentaban en su historia un hogar de padres separados, por lo que la conducta suicida se ha asociado con la percepción del niño de su familia altamente en conflicto (Asarnaw, 1987)

Los ambientes familiares caóticos y conflictivos han sido vistos como factor de riesgo de conductas depresivas y suicidas en niños.

En investigaciones realizadas anteriormente se ha observado una asociación entre la configuración de la familia en cuanto a cohesión y adaptación y el nivel de

fortaleza del Yo del adolescente. La cohesión familiar se refiere a la relación existente entre los miembros de la familia, y la adaptación se refiere a la habilidad que tienen para cambiar los roles y reglas cuando es necesario, esto puede ser representado en un continuo en el que en un extremo se encuentre un sistema de familia caótica y en el otro un sistema rígido familiar en el que no existe la capacidad de modificar las respuestas.

Por lo antes expuesto es importante observar la predicción del riesgo suicida en adolescentes en relación a la ausencia emocional de los padres, tratando de detectar los factores de riesgo que pueden provocar esta conducta.

JUSTIFICACION

La investigación de ésta problemática se ha enfocado a estudios de tipo epidemiológico, ya que reconoce como causales: trastornos emocionales agravados principalmente por conflictos familiares, problemas económicos y escolares, violencia intrafamiliar, incomprensión y situaciones de vacío existencial. Las personas que atentan contra su vida, generalmente presentan una combinación de problemas que se remontan al pasado, sobre todo a la infancia, que se reactivan en la adolescencia, y se suman a los conflictos actuales.

García (1990) menciona que partir de 1950 ha sido más evidente la incursión de la mujer en actividades remuneradas lo que ha dado como resultado una modificación de los roles tradicionales de la pareja, lo cual ha contribuido a desestabilizar a parejas que se hallaban vacilantes y también al aumento en los índices de divorcio, otro caso es en el que los padres, permanecen unidos pero cada uno dedicado a sus actividades y los adolescentes prácticamente viven solos.

Uno de los resultados de esto es que el adolescente no cuenta con alguien a quien pueda hacer objeto de sus demandas.

La familia tendría que ser el centro donde el niño incorpora valores, metas, aspiraciones, que estarán regidos por la conducta de los padres es decir, por sus actitudes y características que llevan impresos.

“La socialización es un proceso de integración. Es parte necesaria en el desarrollo del niño. En este proceso es de primordial importancia la primera relación con la madre y con el padre, pues a partir de ello, el niño aprenderá comportamientos sociales que le permitan una mayor seguridad y satisfacción en su comunidad y consigo mismo” (Rodríguez, 1989).

Gran parte de la literatura psicológica enfatiza a la madre en su papel de nutricia proveedora y primer objeto libidinal en la vida del niño. El padre es una figura que afecta con su presencia, ausencia o ambas, moldeando el desarrollo y personalidad del niño.

La preferencia por la madre y la vinculación que se ha desarrollado con ella, es indispensable, pero existe también con el padre; sobre todo cuando el chico crece, espera cada vez más la llegada de papá. El cuidado materno es más dócil, cálido y confortable, el padre es más activo, excitante y estimulante.

La necesidad y la presencia del padre es indispensable para la correcta maduración y desarrollo psicológico del niño.

En la adolescencia existen periodos de reajuste emocional, de control de impulsos y de integración del Yo, por lo que esta etapa es una de las más difíciles que pasara una persona en su vida.

En los últimos 30 años ha crecido el índice de suicidios, un suicidio por cada 10 intentos, ubicándose en el segundo lugar como causa de mortalidad en adolescentes, en la mayoría de los países, convirtiéndose necesario la evaluación de este fenómeno. En el 2000 en el Distrito Federal, el intento suicida en adolescentes fue de 9.5% (en el transcurso de un año) en los años de secundaria. (Gonzalez-Forteza, 2000).

La conducta suicida en sus diferentes formas representa un problema de salud pública a nivel internacional, ya que se ha estimado, que en la mayoría de los países el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte; en México, es poco frecuente entre los niños, pero se agudiza en las etapas de adolescencia y la juventud, se hace menos frecuente en la edad madura y la vejez, según datos de Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005).

En las últimas décadas se ha tenido un incremento de suicidios en adolescentes de 11 a 14 años de edad, comienzan con accidentes, y lesiones intencionales (Programa Nacional de Salud 2001/2006).

El suicidio puede prevenirse detectando dicho riesgo, este acto es considerado como problema de salud pública grave y potencialmente evitable.

A través del presente trabajo se estudiará si hay relación entre el riesgo suicida de los adolescentes y la ausencia emocional de los padres.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia se deriva del latín “adolecere” que significa “crecer” o “desarrollarse” hacia la madurez. Existe una diferencia entre la pubertad y la adolescencia, la primera se refiere al periodo en que se produce la madurez sexual, mientras que la segunda abarca toda la transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente de niño a adulto (Hurlock, 1987).

La organización mundial de la salud define a su vez a la adolescencia “como la etapa en que transcurre entre los 10 y 19 años, dentro de dos fases, adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años” (OPS, 1995).

La adolescencia se considera un estadio trascendente en la vida de los seres humanos, ya que en esta etapa se define la identidad afectiva, psicológica y social. (González, 2001)

En la presente investigación se pretende estudiar los cambios que se llevan a cabo en la transición biopsicosocial del individuo de la condición de niño a adulto.

Los cambios fisiológicos que se presentan en la adolescencia son múltiples, los cambios que marcan el final de la niñez y el inicio de la pubertad son notables por el aumento rápido de estatura y peso, en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual y la capacidad para reproducirse. Entre los cinco y los nueve años las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, los cuales están muy relacionados con el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, en las chicas los ovarios aumentan la producción de estrógeno, que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. En los varones, los testículos incrementan la producción

de andrógenos, particularmente la producción de testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, masa muscular y vello corporal.

La maduración de los órganos reproductivos, inicia la ovulación y la menstruación en las chicas y la producción de esperma en los varones. Durante este periodo crecen los huesos, algunos órganos e incluso los ojos y la nariz.

Esta maduración física interactúa continuamente con los cambios importantes que se están produciendo en la estructura psíquica, el adolescente quiere encontrar una identidad que lo defina y lo integre. Los rápidos cambios físicos implican cambios en el autoconcepto y la personalidad.

A continuación se mencionan a algunos autores que con sus teorías buscan explicar lo que sucede en esta etapa con el adolescente, ya que está inmerso en diversas exigencias sociales de su entorno, ya sea por su conducta, por las metas relacionadas con lo que los adultos esperan que logre y esto lleva a que el individuo viva este periodo con angustia, debido a que se presenta la necesidad de encontrar la identidad personal, alcanzar un conocimiento biológico, social de sí mismo y surge también la identificación grupal.

Papalia (2005) llevo a cabo una revisión de varias teorías, entre ellas menciona a Piaget, sobre el desarrollo cognitivo, en la cual sostiene que las personas construyen activamente su comprensión del mundo y pasan por cuatro estadios o fases del desarrollo cognitivo, ubicando a los adolescentes en el último, el de las operaciones formales que aparece entre los 11 y 15 años, los adolescentes razonan de una forma más abstracta, idealista y lógica. Esto permite que elaboren imágenes mentales de situaciones hipotéticas, podría ser sobre cómo sería un padre ideal y comparar a sus padres, se sienten fascinados con lo que podrían llegar a convertirse porque están dando vueltas a sus posibilidades y también son más sistemáticos al resolver un problema.

Freud creía que la vida de los adolescentes está llena de tensiones y conflictos y para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información

bloqueada en su mente inconsciente, consideraba que las experiencias en la infancia temprana, muchas de ellas de contenido sexual, son demasiado amenazadoras para afrontarlas conscientemente, y que reducimos la ansiedad de este conflicto mediante la represión (Papalia, 2005).

Anna Freud desarrollo la idea de que los mecanismos de defensa son la clave para entender la adaptación del adolescente. Ella considera que los problemas de la adolescencia no se resuelven entendiendo al ello, sino profundizando en la existencia de “objetos afectivos”, sostiene que el apego a estos objetos, donde generalmente son los padres, se mantiene desde la primera infancia, acentuándose o inhibiéndose durante la fase de latencia. En la adolescencia estos impulsos pregenitales se pueden reactivar o se pueden combinar con los impulsos genitales recién adquiridos con los que se desarrollaron en la primera infancia. Ella trabajo más sobre el proceso de desarrollo del adolescente y los cambios en la estructura psíquica en la pubertad (Papalia, 2005).

Anna Freud describió a la adolescencia como un periodo de conflicto interno, de desequilibrio psíquico, de conducta errática. Los adolescentes son por un lado, egoístas, contemplándose a sí mismos como el único objeto de interés y el centro del universo; pero por otro lado son también capaces del sacrificio y la devoción. Forman relaciones de amor apasionado, para romperlas drásticamente. En ocasiones desean una implicación social completa y participación en grupo y otras veces desean la soledad. Oscilan entre la sumisión ciega hasta la rebelión en contra de la autoridad. Nadan entre en optimismo y el pesimismo, entre el entusiasmo infatigable, la pereza y la apatía (Freud, 1946).

Aberastury (1971) menciona que el adolescente debe realizar tres duelos fundamentales:

- Por el cuerpo infantil perdido
- Por el rol y la identidad infantil, renuncia a la dependencia y aceptación de responsabilidades
- Por los padres de la infancia

Estos duelos implican también otros como el duelo por la bisexualidad infantil, ya que ahora se le exige socialmente ubicarse en su propio rol. Al elaborar estos duelos el adolescente establecerá nuevas relaciones con los padres y con el mundo.

El adolescente está en la búsqueda de su nueva identidad, ya que perdió su identidad de niño y la va construyendo de manera consciente e inconsciente, fluctúa entre la dependencia y la independencia, se mueve entre el impulso del desprendimiento y la defensa por temor a la pérdida de lo conocido.

Para Joseely (1969) la adolescencia, independientemente de su influencia social, cultural y étnica, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

1. El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
2. Incremento en la velocidad de crecimiento, los cambios corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga, trastornos del sueño que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios
3. Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva.

Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:

- A. Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- B. Necesidad de independencia
- C. Tendencia grupal
- D. Evolución del conocimiento concreto y abstracto
- E. Manifestaciones y conductas sexuales en el desarrollo de la identidad sexual.
- F. Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- G. Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- H. Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura y subcultura específica.

Gesell (1992) indica que el individuo pasa por distintas fases que reúnen las siguientes características:

- 10 años: les gusta escuchar y relatar historias de eventos o situaciones que han visto, oído o leído y manifiestan predominancia por hablar; regularmente con sus compañeros o maestros, se observa el gusto por la escuela y se otorga valor a la familia.
- 11 años: sus principales intereses son los juegos de video y una mascota, muestran formas poco usuales de afirmación de personalidad de curiosidad

y sociabilidad. Son más competitivos con sus compañeros y gustan de reunirse con ellos. Tratan de explorar las relaciones interpersonales con sus padres y hermanos, se vuelven investigadores haciendo preguntas sobre el mundo adulto.

- 12 años: en esta edad su sentido del humor crece y continúan disfrutando la socialización. Son más razonables y su visión de sí mismos y sus compañeros es nueva, son menos ingenuos en las relaciones sociales y se adaptan mejor a ellas. Poseen una mayor aptitud para realizar tareas individuales.
- 13 años: se muestra susceptible a que lo molesten sus hermanos menores aunque es más adaptable y digno de confianza. Muestra interés intenso a los estudios escolares, en casa se muestra callado y dedicado a pensar y soñar y elude las confidencias con sus padres.
- 14 años: mantienen interminables conversaciones telefónicas, se observan más alegres y relajados, se encuentran mejor orientados con respecto a sí mismos y en relación con su medio interpersonal, ahora se muestran amistosos y extrovertidos tanto en casa como fuera de ella.
- 15 años: pueden llegar a vestir extravagantes, reflejan madurez que impacta a los adultos. Adoptan actitudes indiferentes que en el fondo reflejan preocupación reflexiva por estados anímicos. Muestran un espíritu de independencia que los impulsa a querer separarse del círculo familiar, algunas veces llegar a ser abruptos debido a conflictos de apego-desprendimiento. Las relaciones con sus hermanos han mejorado y establecen vínculos interpersonales profundos y verdaderos. Les gusta la vida colectiva y escolar.
- 16 años: tiene mayor confianza en sí mismo y autonomía, es más tolerante y muestra felicidad permanente e interés por la gente con repuestas positivas y sociales. Los varones cultivan relaciones con chicos de su mismo sexo,

principalmente con intereses comunes. Varones y mujeres prefieren estar en compañía de grupos integrados por ambos sexos, la relación con su familia ha mejorado considerablemente y existe mayor orientación al futuro que en etapas anteriores.

- 17 años: se interesa por formar parte de grupos en los existen lideres, así como personajes idealizados (cinematográficos, artísticos o deportivos). Ambos sexos forman vínculos afectivos, que aunque son de corta duración tienden a ser más significativos que en la edad anterior, en el ambiente escolar mantienen interés en lo vocacional e interés por la actividad que emprenderán en el futuro. Sus relaciones familiares son mas armónicas, aunque se general conflictos por la elección vocacional y los plantea a futuro.
- 18 años: la vida amorosa y sexual ocupa gran parte del interés de los jóvenes, también se preocupan por la adquisición de su bienestar inmediato para que les genere comodidad, sin una autentica preocupación por su futuro económico. Tienen una creciente necesidad de cuestionar y refutar valores tradicionales.
- 19 años: se encuentran en tránsito a la madurez, en ejecución de los roles y actividades formales para adaptarse. Suelen estar cerca de la separación de los padres. Están inmersos en la preparación académica o dentro ya de la actividad laboral. También se encuentran consolidando su relación de pareja. Deben realizar un esfuerzo constante dirigido a objetivos definidos que incluyen el desempeño de un rol en el aspecto escolar, familiar, social, económico, político y cultural; para ello necesitan una identidad adulta y un adecuado grado de autonomía.

A partir de los 25 años termina la adolescencia; cuando se espera una madurez plena, que implica la adquisición de intereses heterosexuales definidos, independencia de los padres y de la familia, así como también económica e intelectual, que incluya la terminación de una carrera o el establecimiento de una

actividad laboral, un ajuste social y emocional a la realidad y la formación de una filosofía de vida. (González, 2001).

Carvajal (1993) distingue a la adolescencia en los siguientes tipos:

- AMPUTADA cuando el adolescente se ve privado, coartado, amputado a manifestar de manera directa sus conflictos adolescenciales, no pudiéndolo manifestar, solo en situaciones límite como son la embriaguez, delincuencia, antisocialidad, fugas, en el suicidio o la locura grave.
- EN CONDENSACIÓN SIMBÓLICA cuando se condensa en un ritual simbólico la situación adolescencial, el cual al ser ejecutado permite la descarga total de la tensión contenida, producida por no realizar conductualmente los estados de la adolescencia. El mito, el rito y el simbolismo reemplazan la acción directa del deseo o necesidad. Rito y rigidez de los patrones culturales, avalados por la religión y la moral, permiten condensar en un simbólico acto toda la problemática adolescencial que solo era vivenciada en pequeñas manifestaciones de rebeldía o acaloramiento, reprimidas superyoicamente desde adentro y desde afuera del individuo en proceso de cambio. La esperanza de que una llave abriría todo esto algún día permitía acallar la voz de la crisis. En ese instante se justificaría el detener todo el efervescer interno. Los cambios eran intrapsíquicos y no tienen eclosión sino en el momento del rito y de manera simbólica.
- ABORTADA cuando nos encontramos con una fijación de un comportamiento o de un grupo de comportamientos que caracterizan en general a una etapa de la adolescencia y una inmovilidad del resto de procesos que normalmente se deben dar. Es una adolescencia que impidió dar a luz a un adulto más o menos integrado.
- TARDIA cuando se presentan las manifestaciones adolescenciales en etapas cronológicas posteriores a lo esperado, no una adolescencia

abortada, más bien han logrado, aunque de forma tardía avanzar en su proceso adolescente.

- EXUBERANTE tiende a actuar directamente lo que conflictualiza su mente, hace notar su inconformidad o su deseo, es propio del modelo cultural occidental. Si estuviera en un modelo cultural racional y amoroso de amplias garantías y libertades, el adolescente exuberante, rebelde, contradictorio, creativo, ambivalente, crítico, problemático, irreverente pero al mismo tiempo dispuesto a la integración, a la lógica, cordura y al enriquecimiento productivo para él y su grupo. Aprendiendo mucho del ensayo y error, pero dispuesto a la guía. Pero en lugar de lo descrito, observamos al adolescente frecuentemente enfrentado a la desintegración familiar, a unos padres egoístas o imponiendo irracionalmente modelos arcaicos o de lógicas racionalizantes en donde ocultan sus dificultades de dejar crecer al niño y permitir su transformación en hombre.

Este perfil de ambiente genera un adolescente tumultuoso, desbocado, desordenado, actor, antisocial, reivindicador, pandillero, destructor de su medio social y ambiental, en fin, un desastre de difícil manejo.

La adolescencia es más que el siguiente paso de la infancia, es un periodo de transición constructivo, necesario para la construcción de la personalidad. Una despedida de las dependencias infantiles y un esfuerzo en desarrollo por alcanzar el estado adulto. También es una organización-reorganización de las defensas contra la emergencia de las pulsiones sexuales que toma lugar en la pubertad.

En el siguiente capítulo se revisará el ambiente familiar, debido a que es importante para el adolescente, los estilos de crianza utilizados por los padres y la actitud de estos frente a los cambios que se presentan influyen de manera significativa en la formación del adolescente.

CAPITULO II

FAMILIA

FAMILIA

DEFINICION

El termino familia proviene del latín y es un derivado de “amulus” que significa sirviente, esclavo. El significado etimológico del término familia es “el conjunto de sirvientes y esclavos que sirven a un Señor”.

La familia como objeto a investigar no es una categoría abstracta, sino histórica. Su vida y su forma están condicionadas por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto; es una categoría que se mantiene en constante desarrollo y transformación, tal es así que la forma e intensidad en que la familia experimenta cambios en su estructura, funciones y roles, sirve de medidas para graduar la profundidad y magnitud de los cambios que se operan en el conjunto de la sociedad. La forma actual de organización familiar que conocemos 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 como esas características familiares influyen y tipifican a la propia sociedad. (Delgado, 2002).

La familia sirve a la sociedad, ya que es el primer grupo de socialización del ser humano, pero también sirve a sus miembros, porque se constituye, para ellos, en la matriz por excelencia de múltiples experiencias y modelos de interrelación humana. (Zingman, 1996)

El ser humano es un individuo de infancia prolongada que para su supervivencia social y biológica requiere de un desarrollo protegido. Precisa un ámbito donde al tiempo que crece y aprende a ser autónomo, encuentra protección, afecto, identidad y pertenencia. Este grupo de crianza y desarrollo, con funciones

nutrientes, normativas y socializantes, es la familia. Una institución presente en las sociedades humanas que se manifiesta en cada una de ellas con diferentes características que dependen de factores históricos, sociales y culturales. (Fuentes, 1997)

ANTECEDENTES HISTORICOS

En la Antigüedad clásica la familia era una institución ligada íntimamente a la religión y al culto a los muertos, cada familia tenía sus propios dioses y ritos, el padre era sumo sacerdote en esta religión primitiva y para que el rito continuara éste debía asegurar descendencia masculina, y la madre además de parir a los hijos, era la compañera en el culto con el marido.

Respecto a la familia y a la integración social del hombre las diferencias entre el mundo clásico y el actual son notorias. La creación de vínculos morales, religiosos, familiares, de propiedad privada, etc. El hombre lo recibía dentro de su propia familia o a través de sus parientes próximos. Actualmente el hombre vive inmerso en múltiples círculos sociales que no surgen de su propia familia, sino que son ajenos y diferentes a ella. El hombre clásico vivía en un mundo cerrado y pequeño, limitado a la familia, actualmente las raíces se pierden y la familia se rompe o desintegra pues los lazos de comunicación y unión desaparecen. A medida que ampliamos los círculos sociales en el mundo moderno observamos que estos no ayudan a integrar a la familia sino más bien lo contrario. (García, 1990)

A partir del siglo XX la familia ha tenido muchos cambios, los estudio sobre demografía de la familia analizan algunos rasgos de los hogares, algunas formas de familia son las siguientes:

- POLIANDRICA una sola madre cuida a todos sus hijos que ha tenido de varios maridos.
- POLIGAMICA las madres cuidan a sus propios hijos aunque el padre de todos es el mismo.

- **NUCLEAR** un esposo y una esposa monógamos y sus hijos. Este tipo de familia se ha ido modificando, algunas de estas modificaciones son: familias mono parentales (formada por uno de los padres y los hijos), familias de recomposición (formada por los hijos de uno de los cónyuges y el otro funge como madrastra o padrastro) y familias de parejas solas.
- **EXTENSA** la familia nuclear más un número indefinido de parientes tales como tíos, tías, sobrinos, sobrinas, primos, abuelos y parientes políticos.

A partir de los años ochenta ligado con las crisis económicas y con la reestructuración productiva las familias han disminuido su tamaño promedio, continua siendo predominante el modelo nuclear, pero ganan peso arreglos familiares como la jefatura femenina o los hogares unipersonales; en este entorno las funciones económicas de las familias se han diversificado gracias al incremento de la participación económica de las mujeres, impulsado por la situación económica, por la elevación de la escolaridad y la disminución en el número de hijos (Ariza, 2004)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

En la Psicología el papel de la familia es como agente socializador y la manera en que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento. 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 estas son cohesivas, expresivas, 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 de una comunicación eficaz en la familia es crucial para su bienestar. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta. El consumo de

drogas, la depresión, la ideación suicida, el intento suicida, el embarazo en la adolescencia, etc., son conductas en las cuales la familia desempeña un papel importante de protección, contención, entre otros. (Villatoro, 1997).

Los cambios observados en la civilización han repercutido en la estructura de la familia. La inserción femenina en la vida laboral ha modificado los roles familiares, al modificarse los roles tradicionales las funciones de pareja se han diluido: lo cual ha contribuido a desestabilizar a parejas y contribuye al aumento en los índices de divorcio. Cada vez existen menos personas dispuestas a quienes el adolescente pueda hacer objeto de sus necesidades; al mismo tiempo los padres mal avenidos, incluso separados y resentidos por las demandas de trabajo de la pareja, suelen compensar sus carencias estableciendo mayores demandas de aporte libidinal al adolescente. Todo esto puede determinar un alargamiento en los procesos simbióticos, crecientes actitudes permisivas reforzadoras de núcleos narcisistas o retraimientos afectivos, causantes de escisiones del Yo y productores de agresividad no neutralizada que son patentes de las organizaciones limítrofes. (Palacios, 2002).

Entre las tareas de la familia está la satisfacción de las necesidades afectivas de sus integrantes y la educación de sus miembros a través de la transmisión de normas, patrones de conducta y estilo de vida, por lo que es considerada el ambiente psicosocial del que depende fundamentalmente la personalidad del individuo

Una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

La familia debería ser capaz de dar al adolescente, entre otras cosas, la función de contención que tanto necesita. En los casos observados en esta investigación no se lleva a cabo, debido a actitudes de los padres de familia, actividades laborales, indiferencia, etc.

Para el adolescente la familia es el primer ambiente importante donde sus relaciones de interacción se efectúan y causan muchas veces crisis con los demás miembros de la familia, principalmente con los padres, debido a esto la adolescencia puede llegar a ser una crisis familiar.

Se ha podido observar la importancia que tiene la congruencia armónica entre las funciones del padre y la madre, en particular, el establecimiento de lazos afectivos que contribuyan y faciliten la comunicación con sus hijos adolescentes (González-Forteza y Andrade 1995).

Las relaciones entre los padres también afectan a los adolescentes, ya que el deterioro en las relaciones conyugales afecta a toda la familia, cuanto menos desavenencias haya entre los padres, menos habrá entre estos y sus hijos y entre hermanos. Cuando los padres están preocupados por sus propios problemas dan al adolescente la impresión de que se desinteresan de él.

El clima psicológico del hogar afecta la adaptación personal y social del adolescente, directamente, por su influencia sobre su patrón de conducta e indirectamente, por el efecto que tiene sobre sus actitudes. (Hurlock, 1987)

Se ha observado que la relación familiar está vinculada con trastornos de conducta alimentaria, las relaciones sexuales sin protección, intento suicida, uso de sustancias adictivas, actos antisociales y la delincuencia (Juárez y cols. 2005), entre otros.

Sheldrick (1995) identifica la influencia de ambientes familiares en el desarrollo de conductas no deseadas y en la salud mental de los hijos. Dichos ambientes pueden ser variables según; el estilo de crianza y vinculación con los padres, enfermedades mentales de los padres, padres antisociales, disciplina rígida y errática, abuso en la infancia y negligencia, baja supervisión por parte de los padres, abuso de sustancias en los padres, rechazo por parte de los padres hacia

el niño, falta de armonía en la pareja parental, paternidad sola ejercida por uno de los padres y familias de gran tamaño.

La familia es un grupo donde se experimentan los amores más fuertes, los odios más intensos, donde se disfrutan las satisfacciones más profundas y las penas más intensas (Ackerman, 1966)

La familia es un sistema en el que los individuos que la integran producen acciones y a su vez estas producen reacciones y contra reacciones en los demás, en donde los padres deberían de adoptar su papel de guías y contener lo que sucede alrededor. Aunque no siempre es así, algunas veces no asumen esta responsabilidad y las consecuencias son graves.

CAPITULO III

RIESGO SUICIDA

RIESGO SUICIDA

La conducta suicida representa un problema de salud pública a nivel internacional, ya que se ha estimado que en la mayoría de los países el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte; en México, es poco frecuente entre los niños, pero se agudiza en las etapas de adolescencia y la juventud, se hace menos frecuente en la edad madura y la vejez, según datos de Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005).

Dentro de este contexto, el suicidio en México es un problema de salud pública de gran magnitud, puesto que durante los últimos años el número de personas que realizan este acto ha aumentado significativamente.

Se puede entender al riesgo suicida como la predicción de la probabilidad suicida con base en la experiencia previa y actual de un sujeto (Lazard, 1987).

Algunos antecedentes que predisponen el riesgo suicida son la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la religión, conducta autodestructiva, etc.

La conducta suicida en los adolescentes ha incrementado en una tasa alarmante que se agudiza en la etapa de la adolescencia y juventud y se hace menos frecuente en la edad madura y en la vejez. (Wagner y Cohen, 1994).

Los adolescentes que han intentado suicidarse están en alto riesgo de realizar futuros intentos y aun más de completarlos.

Existen tres fases por las que se pueden evaluar a las personas que intentan el suicidio:

- Máximo intento están muy cercanas al suicidio consumado, han tenido historias de intentos suicidas previos.
- Intento moderado son más difíciles de distinguirse, manifiestan estar inseguros de morir y muestran confusión al respecto.

- Mínimo intento cuando el daño personal durante el intento es suficiente para ellos, no teniendo intenciones de morir.

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SUICIDIO

En los últimos doscientos años se han realizado investigaciones de diversas disciplinas sobre el suicidio, entre ellas, sociales, psicológicas, antropológicas y biológicas, así como estudios psicoanalíticos. Las influencias culturales, sociales, religiosas, económicas y en general todo aquello que interviene en el movimiento del individuo en su sociedad, han tenido peso suficiente para que el concepto de muerte y el fenómeno del suicidio sean considerados diferentes en el transcurso de los años, de los siglos, en diferentes regiones del mundo.

González (2002), realizó una investigación sobre el significado que tenía el suicidio en diferentes épocas y lugares del mundo, algunos puntos relevantes son los siguientes:

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

En oriente el suicidio era visto desde un acto indiferente, ya que la muerte solo era un cambio de forma.

En la India, los sabios bajo la influencia del brahmanismo, frecuentemente se suicidaban en las fiestas religiosas, con el fin de ir en busca del nirvana (considerada como la liberación de todos los males en la “nada absoluta”).

En tiempos del buda Siddharta Gautama, en el Tibet y en China, se distinguían dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección y el que huía ante el enemigo.

En Japón se describe el suicidio-martirio llevado a cabo por los devotos de la divinidad Amidas, que se tiraban al mar o se enterraban vivos.

En Egipto, la muerte era considerada como una liberación, por lo que muchos recurrían al suicidio y hasta buscaban los medios más agradables para morir. En la época de Cleopatra había una academia llamada Synapothanumenes, donde se investigaban los mejores métodos para morir sin dolor.

Una investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala habla del suicidio en los pueblos mayas. Este pueblo creía en la inmortalidad del alma que no podía morir y tenía que seguir su peregrinación eternamente.

Reconocían a Ixtab como la deidad del suicidio, quien aparecía con una cuerda atada al cuello, identificándose con los que se quitaban la vida ahorcándose. La gente que padecía constantes enfermedades, sufría de grandes tristezas o tenía problemas en la vida cotidiana, frecuentemente se ahorcaban en los montes a las afueras de los poblados, esperando que la diosa Ixtab los recibiera en su gloria.

El cristianismo aceptó en los primeros siglos que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero con San Agustín empieza una época donde se le prestó mayor atención al suicidio y ahora se niega su justificación argumentando que el suicidio está en contra de la ley natural, surgiendo argumentos moralistas y eclesiásticos. En el año 452 declararon que el suicidio estaba inspirado por el demonio y para el año 533, se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo, (la condena, la negativa de ser enterrado en tierra sagrada, la degradación del cadáver, la confiscación de bienes y el deshonor de la familia, entre otros). A partir de entonces el cristianismo prohibiría el suicidio.

Se observa que en la historia de la humanidad, el suicidio está muy relacionado con aspectos religiosos, la influencia que estos pueden tener para que un hombre decida morir o vivir se escudan en la búsqueda de la paz, tranquilidad y satisfacción eterna.

Para Freud, el suicidio era la consecuencia de toda esa agresión internalizada que no podía alcanzar expresión en el exterior, toda aquella agresión y hostilidad que no se expresaba afuera, hacia los otros, acababa dirigiéndose hacia sí mismo,

convirtiendo al sujeto en un ser vulnerable al suicidio. Consideraba al suicidio como un fenómeno inconsciente, donde hallaba sustento en la pulsión de muerte que al no alcanzar su satisfacción plena en el exterior, regresaba buscando esta satisfacción en el interior del sujeto. La destrucción a través del suicidio era una opción (González, 2002).

El suicidio es un fenómeno complejo de las relaciones humanas y es multifactorial. Esto significa que un problema de esta naturaleza requiere de percepciones múltiples, por ello, un enfoque holístico propicia un tratamiento capaz de revelar las verdaderas raíces en que se funda y se propaga dicho fenómeno. Sin olvidar su papel específico, el suicidio ha adquirido sentidos culturales distintos en ciertas épocas.

Se ha considerado el acto suicida como una expresión de conflictos mentales de larga duración, un ejemplo de ello es la depresión. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones este fenómeno no siempre está relacionado con patologías mentales declaradas, sino aparece como consecuencia de conflictos de tipo social e individual que hacen presión considerable en la conciencia del individuo, llevándolo así a intentos suicidas que tarde o temprano pudieran acabar con su vida, dejando repercusiones graves al interior de su familia.

Ahora bien, el suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, pues este se produce por la convergencia de varias causas, entre los más relevantes aparecen, el propio a la personalidad y el concerniente al contexto en que se desarrolló el individuo; en el caso de los menores de edad, los factores más comunes son: el conflicto con los padres, conflictos con compañeros, bajas calificaciones escolares, problemas familiares, abandono, maltrato infantil y abuso sexual. Si se agregan a esos factores, la inestabilidad emocional propia de la adolescencia, en donde no se ha desarrollado un sistema para el control de sus impulsos, no se tolera la frustración de los deseos, y se actúa principalmente por impulso, y prácticamente en algunos casos no se tiene conciencia de que la muerte es para

siempre, se tendrá como resultado cada día un mayor índice de suicidios en la población infantil y adolescente.

La tendencia suicida podría estar basada sobre algunos rasgos de personalidad que forman parte de cada individuo, que lo inclinarían a reaccionar de esta manera.

Se encontró que muchas de las personas que se habían suicidado o que lo habían intentado presentaban en su historia un hogar deshecho en la infancia, por lo que la conducta suicida se ha asociado con la tendencia del niño a percibir a su familia altamente en conflicto (Asarnaw y Carlson, 1987).

En investigaciones realizadas se ha observado una asociación entre la configuración de la familia en cuanto a cohesión y adaptación y el nivel de fortaleza del Yo del adolescente. La cohesión familiar se refiere a la relación existente entre los miembros de la familia, y la adaptación se refiere a la habilidad de los miembros de la familia de cambiar los roles y reglas cuando es necesario, esto puede ser representado en un continuo en el que en un extremo se encuentre un sistema de familia caótica y en el otro un sistema rígido familiar en el que no existe la capacidad de modificar las respuestas. Kaslow y Cole en 1984 encontraron que altos niveles de depresión se asocian con descripciones negativas del ambiente familiar y con rechazo de la madre al niño.

Otro serio problema es el carácter narcisístico, egolátrico, explotador y deshumanizado de la cultura occidental, el cual impide el poder asumir responsablemente el rol de "adulto-madre-padre". Sus consecuencias sociales son las de un manejo abandonico, ambivalente y narcisista de los hijos productor este a su vez de niños deprivados, firmes candidatos a conductas de riesgo para ellos mismos y para los demás (González, 2002).

CAPITULO IV

AUSENCIA EMOCIONAL

AUSENCIA EMOCIONAL

De acuerdo con evidencia procedente las diversas investigaciones, de las sociedades humanas pueden establecerse dos grandes dimensiones de la conducta parental: la aceptación y el rechazo. En Gracia (2005) se hizo una revisión de lo mencionado por Rohner sobre la conducta parental, que puede definirse como un continuo en el que, en un extremo, se encuentran los padres que demuestran su amor y afecto a los hijos, verbal o físicamente, mientras que en el otro se encontrarían aquellos que sienten aversión por sus hijos, les manifiestan su desaprobación o se sienten agraviados por ellos y su conducta con ellos es mas severa y abusiva. Para Rohner, el rechazo parental se define como la ausencia de calor, afecto o amor de los padres hacia sus hijos, o el privarlos de estos de modo significativo, actitud que puede adoptar tres formas: 1) hostilidad y agresividad 2) indiferencia y negligencia 3) rechazo indiferenciado.

La ausencia emocional se define, de acuerdo a esta investigación como la ausencia de comunicación y relación de los padres con los hijos, así como también la falta de orientación, atención e interés de los padres por los problemas de los jóvenes. Los padres se muestran indiferentes a las necesidades emocionales de sus hijos; aunque cumpliendo sus necesidades básicas.

Esta indiferencia de los padres puede tener consecuencias graves en los adolescentes, debido a que presentan conductas de riesgo, estados depresivos y la que se revisa en esta investigación, que es la ideación suicida.

AUSENCIA EMOCIONAL VINCULADA AL NARCISISMO

En la adolescencia normal tiene lugar un estado narcisista transitorio (entre los 15 y los 17 años) en el que el adolescente retira la energía libidinal que había depositado en los padres y la dirige hacia sí mismo, con el fin de preservar la identidad, ya que en esta etapa existen profundos cambios internos que desestabilizan el sentido del sí mismo (González, 2001).

El adolescente decaetea las representaciones objetales, pasa de una sobrevaloración de los padres a una devaluación de estos; al mismo tiempo que se abastece narcisísticamente para mantener su autoestima.

Todas las funciones del Yo pueden ser sobrecaeteizadas, induciendo un sentido de omnipotencia y produciendo algunas fallas en el juicio de realidad. En esta etapa de la adolescencia el narcisismo es parte del desarrollo progresivo, de tal modo que en la siguiente etapa se puede consolidar en una identidad cohesiva que favorezca las relaciones interpersonales sanas.

Un fenómeno recurrente en la adolescencia es la exaltación del Yo a través de estados autoprovocados de esfuerzo, dolor y agotamiento cuyo objetivo es proteger la integridad y cohesión del Yo aún a costa de la disminución significativa del umbral ante estímulos internos. Este esfuerzo por mantener la integridad del Yo puede llegar a extremos en donde el adolescente narcisista recurre a drogas y puede desarrollar trastornos de la alimentación de tipo anoréxico (González, 2001).

Estos cambios producen un impacto en los padres del adolescente, las consecuencias dependen de su madurez y preparación. Estaban acostumbrados a ser tratados como omnipotentes y esto alimentaba su narcisismo, y de pronto se enfrentan a un adolescente diferente. Fantasean que no es su hijo y que alguien lo cambio o lo está cambiando, emprenden contra la educación, colegios y amigos.

Los adolescentes presentan actitudes de desobediencia, desafío y denigración de los padres, ante cualquier contradicción, empieza a cuestionar la sabiduría de los padres. Si ellos reaccionan irracionalmente, el adolescente comprueba que no sirven para nada, que no eran perfectos como él creía, que no eran perfectos y los denigra y devalúa.

Esta tendencia a devaluar a los padres se traslada también a otros adultos, como son abuelos, tíos, etc. Esta dosis de agresión generada, algunas veces provoca que los padres entren a la pelea, y el que sale maltrecho es el adolescente.

Los padres lo hostigan, le prohíben y manejan autoritariamente con falsas razones y motivos. Esto provoca que el adolescente se encuentre abatido, maltratado, incomprendido, etc.

En esta postura se cree que al presentarse el narcisismo en el adolescente se provocan muchos cambios en la estructura familiar como se menciono, los padres, acostumbrados a un trato de omnipotencia, de pronto se ven atacados, denigrados, los adolescentes cuestionan sus conductas y sus opiniones, provocando por una parte, conductas agresivas en los padres que se sienten atacados y responden agresivamente. Aunque también por otro lado pueden llegar a evadir la situación y los enfrentamientos con conductas permisivas para con sus hijos. Esto provoca en el adolescente sentirse incomprendido, atacado, también muy libre y sin control, preguntándose si lo que hace les importa tan poco a sus padres.

AUSENCIA EMOCIONAL VINCULADA AL APEGO.

Bowlby (1969) definió el apego como un vínculo emocional que se desarrolla entre el niño y quien lo cuida que reditúa seguridad emocional al niño. De acuerdo con este autor las relaciones entre el niño y sus padres comienzan con un conjunto de señales que demandan la cercanía del adulto. La relación del niño con el padre depende de la forma en que responde el padre al conjunto de señales que emite el niño. Si la respuesta es sensible, consistente y responsable el niño desarrolla un apego seguro que persiste en el tiempo y no presenta conductas negativas ante alejamientos físicos considerables. Las representaciones internas del vínculo entre el padre y el hijo se vuelven una parte importante de la personalidad. Estas representaciones sirven como un Modelo Interno de Trabajo (MIT) o conjunto de expectativas sobre la disponibilidad de las figuras de apego y las interacciones con ella, así como la probabilidad de recibir apoyo durante las situaciones en las que tenga presiones o amenazas. Este MIT es la base para todas las futuras relaciones que tenga el sujeto durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta.

De acuerdo a Ainsworth (1978), se le llama figura de apego, a la persona que de acuerdo con la jerarquía de valores del individuo, adquiere el nivel más alto de importancia. Este nivel de importancia se observa cuando la persona trata de pasar el mayor tiempo posible con la persona con la que estableció su apego. Ainsworth identificó tres patrones básicos de apego: uno de seguridad y dos de inseguridad.

Las clases de apego dependen de la actitud básica de los padres en la forma de tratar al niño.

- **SEGURO.** La actitud de los padres es de aceptación.
- **EVASIVO.** Si es de rechazo se establece un apego elusivo y si es de maltrato un apego desorganizado.
- **AMBIVALENTE O ANSIOSO.** . Algunas veces es atento y a veces descuidado.

Bowlby (1969) presenta como principio básico de la teoría de apego, que las relaciones de apego no solo se observan durante la niñez, estas continúan durante diferentes etapas de la vida. Además sugirió que el vínculo de apego que une al niño con sus padres cambia durante la adolescencia. Este cambio se debe a que los adolescentes establecen vínculos de apego con otros adultos además de sus padres, un ejemplo de esto es la pareja. Su interacción con otras personas tiene como consecuencia diferentes tipos de apego. Por un lado están los adolescentes que se apartan por completo de sus padres y por otro, los que siguen sumamente apegados a ellos y no dirigen su conducta de apego hacia otras personas. Los adolescentes con frecuencia se encuentran en medio de estos extremos, su apego a los padres sigue siendo fuerte, aunque también sus vínculos con los demás. Con frecuencia el vínculo de apego con los padres se mantiene durante la vida adulta y afecta la conducta de las personas.

En un estudio realizado por Greenberg, Siegel y Leitch (1983), basado en la teoría de Bowlby, encontraron que los índices de las relaciones de los adolescentes con sus padres y compañeros fueron predictores de la percepción de auto-estima y de la satisfacción con la vida. Esto indica que los adolescentes que tenían una buena relación de apego con sus padres tenían puntajes altos en cuanto a su satisfacción con la vida y su autoconcepto. Otro hallazgo fue que las relaciones de apego no variaron en función de la edad.

Como conclusión de esta teoría se sugiere una relación entre la calidad de apego y las conductas problemáticas presentadas por el adolescente, se ha encontrado un mayor número de conductas problemáticas en los sujetos con apego de tipo inseguro. Entre estas conductas problemáticas se encuentra la conducta suicida.

AUSENCIA EMOCIONAL VINCULADA AL FILICIDIO.

El término filicidio se refiere al acto de matar a los hijos propios. Lo cual aparece en la conducta humana y refleja conflictos que ocurren en el interior de la mente de las personas, llevando a significar con esa conducta el hecho de la manifestación de esos conflictos. Esto puede darse solo simbólicamente y no pasar a la realización física y se puede presentar en objetos como son empresas, empleos, etc.

En algunas investigaciones antropológicas y psicoanalíticas, el padre primitivo al igual que el primitivo que subsiste en todo padre junto con las tendencias amorosas y protectoras, abrigaba (y abriga) intensos deseos inconscientes destructivos y canibalísticos contra los hijos manifestados en forma de sentimientos de envidia, rivalidad, odio. Estos sentimientos se hacen más evidentes en condiciones de exacerbación paranoica, cuando el sujeto regresa a fases primitivas que implican relaciones sádico-canibalísticas con sus objetos: resulta indudable que las tendencias que impulsan a la destrucción de los hijos con las antiguas tendencias esquizoparanoicas reactivadas por impactos

estresantes sufridos por los padres en la infancia, en su desarrollo histórico o en su vida actual. Las condiciones de suficiente madurez y desarrollo de dichas tendencias (amorosas y protectoras con las agresivas y destructoras) con el predominio de los impulsos eróticos que fundamentan la actitud positiva de los buenos padres, la difusión, con la consiguiente acción independiente de las tendencias agresivas, se incrementan con la agresión o con la dificultad de adquisición de los modelos parentales. El corolario de esa difusión de tendencias amorosas y tendencias agresivas es el filicidio. Su intensidad depende de múltiples factores (Hermoso, 2004).

El filicidio directo o matanza de los hijos y sus formas atenuadas en todas sus variantes: negligencia, maltrato, denigración, mutilación, abandono, desprotección y descuido, también el castigo por medio de otros familiares y que los padres no defiendan a sus hijos, esto va en aumento en el mundo contemporáneo conforme al creciente desarrollo del proceso sociocultural.

Las parejas desempeñan su papel de padres la mayor parte de las veces con los mejores deseos, más aun, con el deseo de corregir los errores de los propios padres hacia ellos o pretendiendo suplir sus deficiencias, aunque para ello no se cuenta con los instrumentos necesarios para esta empresa, es decir entender y conocer los sentimientos propios y de los hijos.

“Las esperanzas de tener éxito allí donde sus padres fracasaron están frecuentemente condensadas a la desilusión, mas aun su atribución a una responsabilidad personal por lo que aparece como una transformación desconcertante del cariño en odio complica el problema al generar una carga de culpabilidad casi intolerable” (Bloch, 1985).

Las funciones de los padres desde el nacimiento de yo auxiliar necesarios para la adaptación al medio exterior. La carencia inicial de esta función parental a cargo de los padres o sustitutos, produce la muerte de los hijos y posteriormente implica un daño proporcional a la magnitud del efecto. Tal carencia mediante actitudes como el abandono temprano, el castigo mental o corporal, las prohibiciones

instintivas, las amenazas, la castración, las penalidades, la crueldad, los ataques físicos o verbales, las negaciones despóticas, la insensibilidad ante el sufrimiento, el enjuiciamiento denigratorio y las múltiples actitudes parentales, ocasionales o permanentes imprimen heridas inmediatas o remotas en el self del niño.

La identificación juega un papel decisivo en la aparición de las pulsiones agresivas en el deseo filicida. Con esto se indica que el niño se identifica con la pulsión agresiva del padre, lo lleva a formar parte de su estructura mental de funcionamiento y de ahí a la realización del mismo en la conducta no existe sino un pequeño paso, el cual, cuando las defensas bajan, es capaz de realizar. Es así como el niño puede agredirse a sí mismo, teniendo en mente la agresión de sus propios padres. Es así, como ataca a una parte de sí mismo como un representante total del objeto padre, el cual ha sido internalizado y se le ha dado una cualidad negativa, o agresiva.

Mediante el mecanismo de identificación proyectiva también el deseo filicida es transmitido en el niño como una forma de relacionarse con sus objetos. La expresión de la agresión es continua en esta forma de vida, por lo que es difícil poder controlar la pulsión de muerte, debido a la poca capacidad del sujeto para controlarse, ya que lo vive como algo natural dentro de su entorno familiar.

Las personas que actúan el deseo filicida, no se dan cuenta de sus impulsos ya que utilizan mecanismos psíquicos defensivos muy primitivos como son la escisión, la proyección e identificación proyectiva. Mecanismos que desde su infancia están presentes en el núcleo familiar e incapacitan al sujeto para responsabilizarse de sus actos, justificando su agresión como forma de vida o de educación, ya que no conocen otro estilo de relación con los descendientes. Los mecanismos son primitivos, ya que no tienen representantes palabra, solo tienen representantes conductuales, esto es, la conducta es la representación de ese impulso. Es así, que la escisión, la emplean como una forma de no tener conciencia acerca de los dos impulsos básicos que tienen, por un lado se

desarrolla la libido y por otro, se desarrollo la agresión, no es capaz el sujeto de reconocer que la está actuando.

Se concluye que los mecanismos de incorporación e introyección están presentes durante el desarrollo del ser humano así como la pulsión de muerte, en ocasiones la pulsión de muerte trae más energía reprimida que busca salida que la pulsión libidinal por lo que es arrasado por las cargas de agresión. Así el deseo filicida encuentra vías para su descarga, tales como el maltrato, el desamparo, la desnutrición, la violencia intrafamiliar entre otras manifestaciones. Ya que el monto de agresión marcó los caminos para la descarga, por medio de la identificación el sujeto aprende a relacionarse vía la agresión, no pudiendo controlar la conducta agresiva que aparece como la única forma de construir la relación entre los individuos que la han introyectado de esa forma.

Esta teoría señala lo que podría ser una causa de la conducta presentada por los padres, al manifestar claras conductas de abandono, maltrato y desampara para con sus hijos, que es parte de lo que en esta investigación se señala como ausencia emocional. Los factores como se ha visto pueden ser múltiples y se tendría que indagar la historia de cada uno de los padres entrevistados para esta investigación. Esta teoría también señala lo que podría llegar a ser una causa en los adolescentes para la ideación suicida, la identificación de la agresión de los padres y llevarla hacia ellos mismos.

Se concluye que la experiencia y situación personal de los padres son decisivas en la creación de innumerables conflictos que deforman a los hijos, la falta de preparación para ser padres, no solo en el sentido biológico sino también en el sentido emocional ya que como se ha revisado los padres reviven muchas circunstancias de su propia infancia al observar el desarrollo de sus hijos. La educación seria una alternativa que les permitiera desarrollar el sentido de adaptación a la nueva etapa de sus hijos (adolescencia) para dialogar y establecer vínculos con sus hijos, para afrontar discusiones, comprenderlos y guiarlos con su ejemplo. Para que estos no busquen compensación afectiva en el exterior o

presentando conductas riesgosas, internalizadas como pueden ser pasividad, apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, alteraciones nerviosas o problemas somáticos. El comportamiento externalizado puede caracterizarse por impulsividad, hiperactividad, desobediencia, conducta destructiva, falta de autocontrol y con frecuencia comportamiento violento hacia otras personas y su entorno.

MÉTODOS

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL.

Explorar si existe relación entre la ausencia emocional de los padres y la probabilidad de riesgo suicida en adolescentes.

EXPLORAR SI EXISTE UNA ASOCIACION ENTRE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES ANTE LA AUSENCIA EMOCIONAL DE LOS PADRES EN EL DISTRITO FEDERAL.

HIPOTESIS

1. Hi = Existe una relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida en adolescentes y la ausencia emocional de los padres.
2. Hi = Existe una relación estadísticamente significativa entre desesperanza y riesgo suicida.
3. Hi = Existe una relación estadísticamente significativa entre evaluación negativa del self y riesgo suicida.
4. Hi = Existe una relación estadísticamente significativa entre hostilidad y riesgo suicida.
5. Hi = Existe una relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y riesgo suicida.
6. Hi = Existe relación entre ausencia emocional de los padres y riesgo suicida.

DEFINICION DE VARIABLES

- 1.- Predicción de riesgo suicida
- 2.- Adolescentes con padres ausentes emocionalmente

DEFINICION CONCEPTUAL

Predicción del Riesgo Suicida. Es la predicción suicida con base en la experiencia previa. (Lazard, 1988).

Adolescentes con padres ausentes emocionalmente. Adolescentes con ausencia de comunicación y relación con sus padres, así como también falta de orientación, atención e interés de los padres por los problemas de los jóvenes. Los padres se muestran indiferentes a las necesidades emocionales de los hijos, aunque cumpliendo sus necesidades básicas.

DEFINICION OPERACIONAL

La escala de probabilidad de riesgo suicida SPS mide el riesgo suicida con base a cuatro escalas que son 1. Hostilidad, 2. Self, 3.Desesperanza, 4.Ideación suicida.

Adolescentes con probabilidad de riesgo suicida ante la ausencia emocional de los padres, basada en entrevista dirigida a padres y adolescentes.

MUESTRA

Se conformó por 1169 adolescentes de cuatro secundarias del D.F, a los cuales se aplicó la escala SPS y un cuestionario sobre cómo está integrada su familia. Los adolescentes asistían a Escuelas Secundarias Diurnas Públicas del D.F de ambos turnos.

Criterios de inclusión:

- Alumnos de 2º año de secundaria
- Ambos sexos
- Ambos turnos

DISEÑO DE INVESTIGACION:

El diseño de la investigación fue de tipo relacional, transversal, ex post facto.

INSTRUMENTOS:

Para nuestra investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Medición de Riesgo Suicida (SPS) La escala de probabilidad de riesgo suicida es una medida de autoreporte de 36 ítems que evalúa el riesgo suicida en adolescentes y adultos. Los sujetos son cuestionados a responder sus experiencias subjetivas y conductas pasadas en una frecuencia de 4 puntos de la escala de Likert. Las respuestas son calificadas por la persona que administra la prueba para evaluar en general y específicamente el riesgo suicida, el cual se expresa en tres resultados, uno global, otro normalizado en resultado T y al final el resultado de riesgo suicida. Además de la interpretación global clínica, la escala se integra por cuatro subescalas que son: la desesperanza, la ideación suicida, la actitud negativa del self y la hostilidad.
- Entrevistas libres con los adolescentes.
- Entrevistas libres con los padres de familia.

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el análisis de contenido, que es una técnica para estudiar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y que cuantifica los contenidos en categorías, uno de los usos del análisis de contenido

es determinar el estado psicológico de personas o grupos. El análisis de contenido efectúa por medio de la codificación, es decir, lo importante del mensaje se convierte en algo susceptible de describir y analizar.

La existencia de riesgo suicida en adolescentes se midió con base a cuatro subescalas que fueron:

- **Desesperanza:** Es una de las escalas de medición de probabilidad de riesgo suicida y trata de medir en forma global la insatisfacción de la vida del sujeto y su expectativa hacia el futuro (Cull y Gill, 1976).
- **Ideación suicida :** Es una de las escalas de medición de riesgo suicida y es un tipo de conducta suicida en donde la persona habla, escribe o piensa acerca del suicidio sin expresar ningún intento definitivo o llevar a cabo ninguna acción relevante (Cull y Gill, 1976).
- **Evaluación negativa del self:** Es una de las escalas de medición de riesgo suicida y refleja el aprecio subjetivo que tiene la persona de sí mismo. La percepción personal en cuanto que las cosas alrededor de uno no marchan bien, que los otros sean diferentes y no se interesen por uno y sobre todo que es difícil cambiar esta situación (Cull y Gill, 1976)
- **Hostilidad:** Es una de las escalas de medición riesgo suicida y mide una tendencia al enojo en forma impulsiva, con sentimientos de aislamiento y poco control sobre sí mismo (Cull y Gill, 1976).

DESCRIPCION DE LA ESCALA

La escala de probabilidad de riesgo suicida (SPS) es una medida de auto reporte breve diseñada para evaluar riesgo suicida en adolescentes y adultos. Los sujetos son cuestionados a responder sus experiencias subjetivas y conductas pasadas en una frecuencia de 4 puntos de la escala de likert “nunca o casi nunca, siempre,

siempre o casi todo el tiempo, todo el tiempo”. Los resultados se expresan en tres formas, global, normalizado en resultado T y al final el resultado de riesgo suicida.

La escala está integrada por cuatro subescalas que son: 1.Desesperanza, 2. Ideación suicida, 3.La actitud negativa del self y 4.La hostilidad. Estas fueron integradas a partir de una revisión de varias teorías que han sido propuestas para explicar o predecir el riesgo suicida. Todas las subescalas se miden en dirección de aumento de riesgo suicida, por lo que el resultado alto en una escala indica más alto nivel de riesgo en la dimensión clínica que se toque.

Los autores de la escala John G. Cull y Wayner S. Gill, se basan en lo mencionado por Sheneidman, (1966) y Weisman, (1971), describiendo el acto del suicidio como una conducta impulsiva aunque la predisposición letal para cometerlo y el encontrarse y enfrentarse a una vida riesgosa que conlleve al suicidio, se encuentra en una condición de cierta cronicidad, además de existir factores caracterológicos en el individuo.

La escala debe verse como una medida que entiende las predisposiciones caracterológicas para hacerse daño, las fluctuaciones en los niveles de letalidad y cómo influyen las actitudes, ambiente y factores de estrés del individuo con relación a estas.

Dichas proposiciones están basadas en la noción teórica de varios autores con respecto al suicidio, aunque han existido muchas propuestas que enfocan la etiología del suicidio dentro de un marco meramente bioquímico (Asberg y Thoren, 1976), la escala esta básicamente integrada por cuatro proposiciones que son : la anomia, la agresión introvertida, los conceptos de letalidad y la impulsividad.

Durkheim (1979), introduce el termino anomia y se refiere a la existencia de sentirse sin raíces con ansiedad y desesperación. Se habla de la autodestrucción como el resultado de un sentimiento por parte de un individuo de sentirse que no pertenece a nada social y culturalmente.

El modelo psicoanalítico de Freud (1917 - 1957) entiende al suicidio como la agresión introvertida de los impulsos generados originalmente por la pérdida de un objeto de amor o de su equivalente. Estas conductas son generalmente inconscientes en donde la expresión de la agresión no puede ser concientizada, ya que generaría mucha ansiedad, culpa o bien, un peligro real. El suicidio es conceptualizado como una defensa en contra de los impulsos hostiles no aceptados, que son parte en si misma de un proceso melancólico patológico. La utilidad del concepto se expande ante la observación de que no solamente se refiere a la pérdida de un objeto de amor sino perderse un ideal, un logro de autoestima, etc.

Shneidman (1974) al descubrir el fenómeno suicida explica varias dimensiones que pueden ayudar a entender las motivaciones del mismo. Centra su teoría en tres aspectos importantes:

- La letalidad: se refiere a la probabilidad que tiene un individuo para suicidarse.
- La perturbación: se refiere al aumento de estrés subjetivo experimentado por el individuo por medio de evidencias en signos de agitación, ansiedad y desorientación psicológica.
- Inminencia: se refiere al estilo general de vida del sujeto, extendiéndose a las conductas autodestructivas con las que el individuo vive, tales como el uso de drogas, alcohol, etc.

Finalmente el suicidio es conceptualizado como un acto impulsivo resultado de una falta de control en sí mismo, tanto física como psicológicamente.

Basados en estas teorías, los autores seleccionaron 200 preguntas que ayudarían a evaluar el riesgo suicida. Tales preguntas fueron administradas a personas que habían intentado suicidarse, diferenciando la validez y fuerza de cada ítem, aplicándolas a sujetos no suicidas.

Los ítems con mayor validez fueron estudiados en un panel en donde se les dio claridad y secuencia lógica. De las 200 preguntas quedaron 36 de las cuales tenían que tener el siguiente criterio:

- Relación de una o más teorías que explican el suicidio
- Importancia clínica dada por entrevista con pacientes suicidas
- Una explicación clara de sentimientos o acciones
- Una comprensión clara de la persona que respondía a la pregunta independientemente de su sexo, edad, credo, raza, etc.

Para cada pregunta cómo se mencionó, existen cuatro opciones de respuesta que a su vez tienen una calificación numérica de 0 a 5 puntos, que se siguió según el método de Guttman para el desarrollo del sistema de correlación de la prueba.

La estandarización, validez y confiabilidad de esta prueba en México, la realizó la Dra. Isabel Reyes con la colaboración de la Maestra Patricia Lazard (1989).

Las preguntas que miden cada una de las subescalas son las siguientes:

Ideación Suicida: 4, 7, 20, 21, 24, 25, 30,32.

Desesperanza: 5,12,14,15,17,19,23,28,29,31,33,36.

Evaluación Negativa del Self: 2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27,35.

Hostilidad: 1, 3, 8, 9, 13, 16,34.

PROCEDIMIENTO

1.- Se eligieron cuatro escuelas secundarias diurnas públicas de diferentes zonas de la ciudad, se utilizó el criterio de disposición de las autoridades.

2.- Se solicitó permiso a la Dirección de las escuelas para la aplicación de la escala de probabilidad de riesgo suicida a los alumnos de segundo grado de

ambos turnos. Se llevó a cabo en 2° grado, ya que se consideró que los alumnos de 1° se encuentran en adaptación al grado de secundaria y los alumnos de 3° están inmersos en la elección vocacional.

3.- Se llevó a cabo la aplicación en forma colectiva en los salones correspondientes a cada grupo, en un tiempo aproximado de 20 minutos, en una sola sesión. Al mismo tiempo los adolescentes respondieron un cuestionario que exploró su integración familiar.

4.- Se calificó la escala, para obtener la probabilidad de riesgo suicida en cada sujeto.

5.- En base a los resultados obtenidos, se llevaron a cabo entrevistas con los adolescentes y con sus padres de manera individual. Esto solo se llevo a cabo en una secundaria con los adolescentes que obtuvieron una calificación severa en SPS. Los puntajes T obtenidos clasifican de la siguiente manera: 25-49 leve, 50-69 moderado y 70-85 severo.

6.- A los adolescentes que se clasificaron con probabilidad de riesgo suicida severo se les ofreció tratamiento terapéutico, 30 sesiones apoyadas por el Centro de atención a la comunidad de la Asociación Mexicana de Psicoanálisis a través de sus estudiantes de Maestría. Así como también por el centro de Apoyo Psicológico de la Facultad de Psicología, a través de los alumnos de residencia de la Maestría de psicoterapia en adolescentes.

RESULTADOS

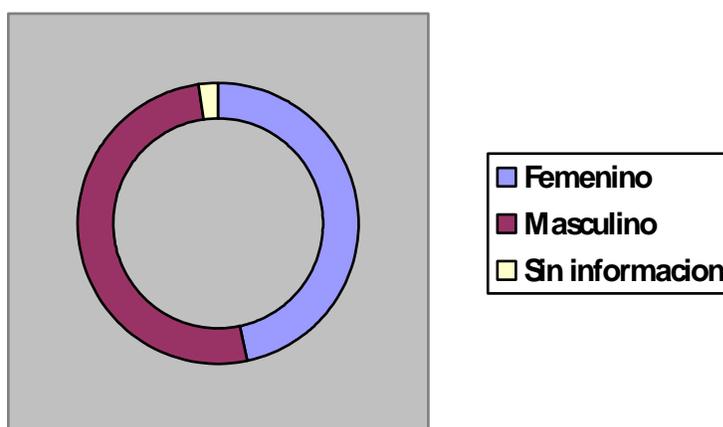
RESULTADOS

Se aplicó la escala SPS a adolescentes de cuatro secundarias del D.F, de ambos turnos. La muestra total fue de 1169 casos, de los cuales el 47% eran del sexo femenino (Tabla 1).

Tabla 1 Sexo

	FREC.	%
Femenino	547	46.80%
Masculino	596	51.00%
Sin información	26	2.20%
Total	1169	100%

Figura 1 Sexo

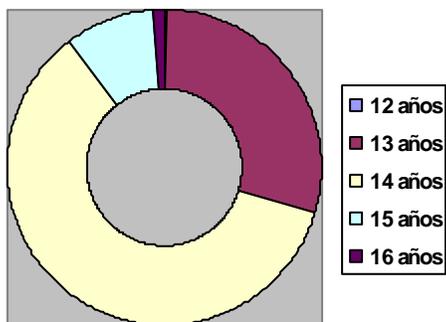


La muestra entrevistada obtuvo una media de edad de 13.81 y una desviación estándar de 0.63. La edad que presenta una mayor frecuencia es la de 14 años (Tabla 2).

Tabla 2 Edad

Edad	Frecuencia	%
12	2	.2
13	345	29.5
14	700	59.9
15	109	9.3
16	13	1.1
Total	1169	100.0

Figura 2 Edad



En cuanto al turno de la muestra la distribución fue del 70.7% del Turno Matutino y el 27.7% del Turno Vespertino, el porcentaje restante no respondió la pregunta.

El 61% de los jóvenes entrevistados viven con ambos padres y el 30.3% viven con uno de los padres (Tabla 3).

Tabla 3 Familia

Viven con.....	Frec.	%
Ambos padres	773	66.1
Solo con uno de los padres	354	30.3
Padre finado	11	0.9
Madre soltera	7	0.6
Otros	24	2.1
Total	1169	100.0

En cuanto a las variables que se midieron a través de la escala SPS se obtuvieron los siguientes valores promedio: (hostilidad, self, ideación suicida, desesperanza y el puntaje T total).

Tabla 4 Resultados por subcategorías

	Hostilidad	Self	Ideación suicida	Desesperanza	PtT
Casos	1169	1169	1169	1169	1169
Media	16.02	13.75	14.29	15.45	61.08
Ds	6.60	5.33	5.80	6.70	8.66

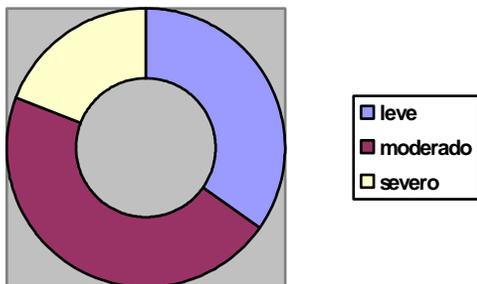
Se observa que la subcategoría de hostilidad obtuvo un valor promedio de 16.02, ideación suicida 14.30 y para la desesperanza 15.45 como se observa (Tabla 4).

De acuerdo a la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida en la muestra entrevistada el 46.1 se clasificó con probabilidad de riesgo moderado y el 19.2 con probabilidad de riesgo severo, como se observa en la tabla 5 y en la figura 3.

Tabla 5 Categorías

Clasificación	Frec.	%
Leve	406	34.7
Moderado	539	46.1
Severo	224	19.2
Total	1169	100.0

Figura 3 Categorías



En la Secundaria Diurna donde se entregaron los resultados obtenidos de la escala SPS solo a los adolescentes que se catalogaron con probabilidad de riesgo suicida severo, se les realizaron entrevistas a los adolescentes y a sus padres. La descripción de la submuestra de esta secundaria es la siguiente:

La submuestra estuvo conformada por 314 sujetos en total. La mayor población fue del Turno Matutino 238 que equivale al 75.8% y 59 sujetos del Turno Vespertino que equivale al 18.8% de la población, los demás sujetos no proporcionaron esta información. El 47.1% eran del sexo femenino y el 48.1 eran del sexo masculino (Tabla 6).

Tabla 6 Sexo Secundaria con seguimiento

	FREC.	%
Femenino	148	47.1%
Masculino	151	48.1%
Sin información	15	4.8%
Total	314	100%

En cuanto a la edad obtuvieron una media de 13.71 y una desviación estándar de .52. La edad que presentó mayor frecuencia es la de 14 años.

En la Tabla 7 se observa que más del 70% de la población vive con ambos padres.

Tabla 7 Familia Secundaria con seguimiento

Viven con.....	Frec.	%
Ambos padres	228	72.6
Solo con uno de los padres	86	27.4

La clasificación que se obtuvo de esta muestra se observa en la tabla 8, se observa que 57 adolescentes (18.2%) presentan probabilidad de riesgo severo.

Tabla 8 Categorías Secundaria con seguimiento

Clasificación	Frec.	%
Leve	123	39.2
Moderado	134	42.7
Severo	57	18.2
Total	314	100.0

Los resultados obtenidos se entregaron a las autoridades de la escuela, posteriormente se citó a los padres de familia de los adolescentes con probabilidad de riesgo suicida severo (57 casos). Se realizó una plática informativa y de sensibilización, a la cual acudieron 12, posteriormente se realizaron entrevistas con los padres de familia y con los adolescentes para corroborar los datos obtenidos de la escala y determinar la necesidad de tratamiento terapéutico a los adolescentes, acudieron 8. Por último se ofreció tratamiento terapéutico y dos casos lo aceptaron (3.5%), el cual se realiza en el Centro de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología.

Con los datos obtenidos de las aplicaciones de las cuatro secundarias se realizó una Correlación Bivariada de Pearson, los resultados se trataron a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS), para comprobar las hipótesis de esta investigación, los resultados obtenidos de este proceso son los siguientes:

Los promedios y la desviación estándar de las subcategorías se observan en la Tabla 9.

Tabla 9 Media y Ds de las subcategorías

	Media	Ds
Hostilidad	16.02	6.57
Self	13.75	5.33
Ideasuicida	14.29	5.80
Desespera	15.45	6.69

Los resultados obtenidos de la correlación muestran que aunque estas son bajas son estadísticamente significativas (Tabla 10). Lo cual corrobora las hipótesis de esta investigación, donde se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 10 Correlaciones

	Hostilidad	Self	Ideación suicida	Desesperanza
Hostilidad	1	.352(**)	.286(**)	.123(**)
Self		1	.299(**)	.359(**)
Ideación suicida			1	.405(**)
Desesperanza				1

**CORRELACION SIGNIFICATIVA AL 0.01

Se observa que la hostilidad presenta correlaciones significativas con los otros parámetros estudiados, resalta la relación entre la ideación suicida y la desesperanza.

El análisis de regresión logística multimodal permitió observar que el instrumento clasifica de una manera adecuada a los sujetos entrevistados (Tabla 11).

Tabla 11 CLASIFICACION INICIAL

		N	Marginal Porcentaje
Eval	Leve	406	34.7%
	Moderado	539	46.1%
	Severo	224	19.2%
Validos		1169	100.0%
Casos perdido		0	
Total		1169	

Las chi cuadradas reportadas en la Tabla 12 indican que son significativas, y al comparar los parámetros de clasificación entre ellos se demuestra que existen diferencias entre ellas.

Tabla 12 Prueba de Razón de Posibilidades

Efecto	Criterio de ajuste del Modelo	Prueba de razón de posibilidades		
		χ^2	gl	Sig.
Intercepto	2435.330	1665.940	2	.000
Hostilidad	1182.986	413.596	2	.000
Self	1083.061	313.671	2	.000
Ideasui	937.266	167.875	2	.000
Desesperanza	1190.356	420.966	2	.000

El análisis de regresión logística multimodal clasificó al sujeto leve en un 87%, al moderado en un 91% y al severo al 90%. Lo cual muestra que la escala SPS distingue a las 3 categorías de clasificación.

Cuadro 13 Parámetros estimados

Eval(a)		B	Error estándar	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Leve	Intercept	43.624	2.379	336.130	1	.000	
	Hosti	-.723	.049	214.530	1	.000	.485
	Self	-.842	.061	187.955	1	.000	.431
	Ideasui	-.583	.053	122.154	1	.000	.558
	Deses	-.786	.054	214.146	1	.000	.456
Modera do	Intercept	20.817	1.682	153.165	1	.000	
	Hosti	-.279	.030	85.104	1	.000	.757
	Self	-.310	.036	73.242	1	.000	.734
	Ideasui	-.246	.033	56.192	1	.000	.782
	Deses	-.286	.031	84.788	1	.000	.751

La categoría de referencia es severo

Al comparar a los adolescentes con probabilidad de riesgo leve y moderado, con los sujetos que presentaron probabilidad de riesgo severo, que fue la categoría que se selecciono como parámetro a estimar, se observa que presentan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14 CLASIFICACION

Observado	Predictivo			
	Leve	Moderado	Severo	% Correcto
Leve	355	50	1	87.4%
Moderado	40	492	7	91.3%
Severo	3	16	205	91.5%
% total	34.0%	47.7%	18.2%	90.0%

A continuación se presenta el resumen de las ocho entrevistas realizadas para comprobar la hipótesis de si existe relación entre riesgo suicida y ausencia emocional de los padres.

Las entrevistas con los adolescentes y sus padres estaban programadas para llevarse a cabo en las cuatro secundarias, en ambos turnos, con los sujetos que obtuvieran puntajes que indicaran una probabilidad de riesgo suicida severo de acuerdo a la escala SPS. Solo se llevaron a cabo en una secundaria debido a la negativa de los directores de las 3 secundarias, para continuar el proceso.

En la secundaria donde se llevo a cabo el seguimiento los resultados se describen de la siguiente manera: los sujetos que obtuvieron un puntaje de probabilidad de riesgo suicida severo fueron 57 casos en ambos turnos, se cito a los padres de familia para una plática informativa así como de sensibilización sobre el tema y solo acudieron doce padres, de los cuales 8 asistieron a las entrevista y de estos 2 aceptaron someterse a tratamiento terapéutico. Los padres de familia firmaron una carta en la que autorizan que se lleven a cabo las entrevistas a sus hijos, debido a que estos son menores de edad.

A continuación se presenta un resumen de los ocho casos que asistieron a entrevistas, tanto con los adolescentes como con los padres de familia.

ENTREVISTA No 1

J.C es un chico de 14 años cuya familia está conformada por ambos padres y una hermana de 20 años. Estudia por la tarde y en las mañanas trabaja en un negocio familiar de venta de materiales para construcción, los fines de semana juega futbol y asiste a la Iglesia con su mamá.

En cuanto a su familia, menciona que tiene buena relación con su mamá plática mucho con ella, ella lo “apapacha”, no lo regaña y platica con ella de todo. Con su hermana la relación es “buena” aunque casi no se ven por los horarios de ella de la escuela (estudia Contaduría), a veces pelean pero “nada grave”. Con su papá, trabaja en una casa de materiales de la que es dueño, durante las horas que no va a la escuela y en vacaciones por ratos. La relación es “muy hostil”, refiere que le grita, lo insulta y minimiza cuando se equivoca, “me gustaría cambiarle el carácter a mi papá”. Menciona que nunca lo han golpeado, nunca le ha dicho a su papá que sus insultos lo lastiman porque le da miedo. “Con él no platicó, los ratos que tiene libres solo vemos el futbol en la televisión”. En cuanto a su vida social refiere que “Tengo pocos amigos pero bien escogidos”.

Él se describe como una persona tímida, con muchas ideas que no expresa por miedo a estar mal o a equivocarse, le gusta dibujar y jugar futbol. Se considera muy tranquilo, “me gusta escuchar a la gente más que hablar”. La relación entre sus padres la describe como “buena”, aunque a veces se pelean, se gritan e insultan y una vez su papá golpeo a su mamá. Antes, cuando su papá lo regañaba lloraba pero ahora le da risa y trata de que no lo afecte. “quisiera ser más fuerte para que no me importe”.

En cuanto al suicidio refiere que pensó en hacerlo pero más chico, a los 11 años, “porque mi papa me regañaba y yo lloraba” “pensé en hacerlo clavándome un cuchillo en el abdomen”.

A la entrevista asistió solo la madre, refiriendo que el papá trabaja y no pudo asistir. La madre no reporta ningún problema durante su desarrollo, aunque desde hace 3 o 4 años J.C presenta problemas de vitíligo, empezando con una manchita cerca del pene y luego en el abdomen, ahora está en tratamiento.

Refiere que viven los cuatro juntos y que su relación es buena, aunque su esposo es muy enojón, grita y asusta a J.C. Refiere que entre ella y su esposo la relación es buena, que pelean, pero duermen juntos. El señor bebe alcohol 3 o 4 veces al año y se pone muy agresivo. Menciona que la relación de J.C con su hermana es buena aunque a veces pelean, pero que aunque tienen recamaras separadas duermen en la misma habitación (literas).

ANÁLISIS DE ENTREVISTA

En esta entrevista se observa la ausencia emocional sobre todo en la negativa del padre a asistir a la entrevista, así como también en la relación que existe entre este y su hijo, donde no hay comunicación. Se invito a los padres al tratamiento terapéutico de su hijo, a lo cual el padre se negó, dando como explicación que no tenía tiempo para llevar a su hijo a las citas.

ENTREVISTA No 2

M.E es una chica de trece años, menciona que sus padres tienen dos años separados y que su mamá le dijo que su papá tiene otra familia, ella se preocupa mucho por su mamá, ya que está enferma (varices) y quisiera trabajar para ayudarla económicamente y que esta no se agote tanto, pero no se lo permite. Durante la entrevista solo hablo con monosílabos y no menciona temas como amigos, papá, hermana.

En la entrevista con los padres, estos refieren una comunicación buena con ella, aunque es muy reservada. Con el asunto de la separación la relación con su padre se ha tornado distante, debido a que ella no se quiere acercar. Menciona su mamá

que conoce a sus amigos y que es muy madura. La nota un poco deprimida, pero no con riesgo suicida. Durante la entrevista se nota su relación agresiva, por lo que mencionan han involucrado a sus hijas durante las discusiones y las han enterado de lo que sucede en su relación. Refieren que llevan separados un mes, (debido a infidelidades de ambos) aunque Michelle dijo que 2 años. La señora trabaja como asistente en una casa y está en un grupo de Neuróticos Anónimos de 4° paso. El señor trabaja como chef en una cadena de pastelerías, todos los días y a todas horas.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

En este caso se observa a los padres inmersos en sus problemas personales y de pareja, minimizando la atención a su hija, excepto para culparse mutuamente del motivo de la entrevista. Durante la entrevista la mayor parte del tiempo se la pasaron hablando de su relación. Para el tratamiento terapéutico posterior no se logro localizar a ninguno de los dos.

ENTREVISTA No 3

A.O es una chica de 13 años, hija única, su mamá trabaja como secretaria, durante el día y una tía suya funge como tutor en la escuela. Su papa es ingeniero y trabaja fuera del D.F, no se establece si viven juntos o separados, debido a que la chica refiere que no, que su papa tiene otra familia y su mama refiere que sí que son casados y si no están juntos es por el trabajo del señor. A.O tiene diabetes igual que su madre, la diagnostican a los 9 años, después del fallecimiento del abuelo paterno (diabetes) y un tío paterno (cáncer), después de estos eventos se enferman tanto la mamá como la hija. En la entrevista se muestra cooperativa, tranquila, menciona que no tiene muchos amigos en la escuela, que sus calificaciones son buenas, que cuida su alimentación por su enfermedad, en casa coopera con las actividades. En cuanto a su relación con su madre nos cuenta que es buena, pero que es muy regañona que cuando se enoja le grita y la ha

llegado a golpear. Con su papá su relación es buena, él le llama una vez a la semana y viene a verla una vez al mes. Menciona que con la familia de su papá la relación no es buena, debido a que su abuela paterna no la quiere por ser morena y no blanca como su media hermana. La muerte de su abuelo materno la puso muy triste y aun llora por él, ya que él era como su papá.

Durante la entrevista con la madre, se notaba molesta y muy defensiva, negando los resultados. Menciona que su hija es una “niña modelo”, no da problemas, que obedece y cumple con sus actividades. Mostró una actitud de orgullo por que su hija y ella, son tan unidas que se enfermaron al mismo tiempo, como cuando murieron su papá y su hermano en el mismo año. Toda la familia estaba enterada de los resultados de la escala y también el entorno social de la chica.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA.

En esta entrevista se observó la relación simbiótica que existe entre madre e hija, una madre impositiva y exigente, en la plática informativa se presentó una sobrina de la madre que está registrada como tutora, debido a que la mamá trabaja todo el día y ella se encarga de la chica. En la entrevista se presentó la madre y cinco familiares más a corroborar que los resultados obtenidos en la escala estaban equivocados, también pregunté a vecinos, compañeros de trabajo, a su jefe y a un tío de Guadalajara si creían que su hija podría tener problemas. Sobra decir que la madre rechazó el tratamiento terapéutico por que su hija no lo necesitaba.

ENTREVISTA No 4

M.O es una adolescente de 14 años, vive con ambos padres y un hermano de 16 años. Ella se describe como tranquila, introvertida y que no pide demasiado y este es el motivo por el que pasa desapercibida por sus padres. Comenta que sus calificaciones no son muy buenas, que no tiene muchos amigos, pero que aun así “me la paso mejor en la escuela que en mi casa”. La relación con sus padres es muy distante, no puede hablar con ninguno de los dos, no le hacen caso, con su

hermano se lleva mal, pues a él le dan la preferencia en todo, le compran todo lo que necesita y le ponen atención. “He pensado en suicidarme porque mi hermano me hace enojar siempre y por los problemas económicos de mi familia”, menciona que sus padres tienen muchos créditos, que no pueden solventar y que esto la preocupa mucho. Su padre es alcohólico, aunque deja de tomar por temporadas. Hubo un “mal entendido” en el que estuvo involucrada, debido a que una amiga suya mando a golpear a un chico y como ella les menciona donde encontrarlo, “sin querer” lo confundieron con su hermano y sus papas creen que ella lo mando golpear.

En la entrevista con sus padres, estos manifiestan que es una chica muy seria, que no les gusta su forma de vestir, que ellos preferirían traerla “mas destapada”, pelean por la elección de ropa, constantemente se les tenía que recordar que la entrevista era sobre su hija y no sobre su hijo, debido a que se la pasaban hablando de él. Mencionaron sus problemas económicos y la preocupación que esto genera en su hija.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

Esta entrevista muestra claramente que para los padres esta chica no existe emocionalmente, cumplen con sus necesidades básicas pero su relación es completamente indiferente. La chica presenta problemas de salud (hemorragias menstruales), pasaron varios meses sin que se diera cuenta su madre, a pesar de que ella la había enterado y esta le informo que no tenía dinero para sus estudios, que eran muy caros. Se negaron al tratamiento terapéutico.

ENTREVISTA No 5

B.P es una adolescente de 13 años, que vive con su madre, es hija única. Su padre vive en E.U desde que se separaron cuando ella tenía 4 años, mantuvo contacto con él, hasta que su madre cambio el número de teléfono para que ya no tuvieran contacto, aproximadamente 3 años después. Su madre tiene una relación

estable desde hace 7 años, menciona que la relación con la pareja de su mamá es buena, que las apoya económicamente y tienen una buena comunicación. Menciona que su relación con su madre es mala, “porque trabaja todo el día y todos los días para poder comprarme lo que le pido”, pelean mucho por las actividades que no realiza, calificaciones, amigos, etc. Cuando pelean las dos se insultan y han llegado a golpearse.

En la entrevista con los padres, se presento la madre y su pareja, manifiestan que es una chica caprichosa, que no ayuda en nada y que solo ve a la madre como alguien que cubre sus necesidades. La madre se mostro reservada y tímida durante la entrevista.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

En esta entrevista se pone de manifiesto que la madre cumple con los requerimientos de la chica, trabajando todos los días de la semana, aunque no sabe cómo manejarla y poner límites con ella, debido a esto su relación es conflictiva, llegando a la agresión. La madre se negó al tratamiento terapéutico manifestando que la chica no quería.

ENTREVISTA No 6

F.I es una adolescente de 13 años, vive con sus padres y una hermana 15 años, en la entrevista se mostro molesta y reservada, contestaba solo con monosílabos. Comento que la relación con su madre era buena, aunque casi no la veía por el trabajo, sale muy temprano y regresa muy tarde, y durante el fin de semana se dedica a las labores del hogar y esta de mal humor. Con su papa convive más tiempo, pero él está dedicado al cuidado de su abuela paterno que tiene una enfermedad terminal y cuando tiene tiempo libre se va a la calle. En cuanto a su hermana, menciona que se llevan bien, aunque últimamente solo le hacen caso a ella por su fiesta de 15 años y esto le molesta. En la escuela la situación es tensa debido a que sus compañeros la molestan, en especial uno, aunque no menciona

el motivo. Tomaba clases de guitarra pero se sintió acosada por el profesor y solo fue 4 o 5 ocasiones.

En lo referente a la entrevista con los padres, manifestaron que su relación era buena, aunque tienen desacuerdos por el dinero, debido a que la mamá es administradora en un hospital y el señor carpintero, aunque muchas veces se encuentra desempleado, al acuerdo que llegaron fue intercambiar roles, la mamá se hace cargo de la situación económica y el señor del hogar, aunque esto no se lleva a cabo y genera más conflictos.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA.

Se observa un cambio de roles en relación con los padres aunque ninguno de los dos acepta esta situación, también se observa que están inmersos en sus problemas de pareja y personales y dedican poco tiempo a la relación con su hija. No se logro localizar a los padres.

ENTREVISTA No 7 (TRATAMIENTO TERAPEUTICO)

P.M es una chica de 14 años, de aproximadamente 1.60 de estatura, tez blanca, cabello negro y complexión delgada. Su forma de vestir es acorde a su edad, (jeans y camiseta). Durante la entrevista fue muy cooperativa y respondió a los cuestionamientos de buena forma. Sus actividades recreativas son jugar futbol, es integrante de dos equipos en los que participa los domingos. En cuanto a la escuela nos menciona que tiene promedio de 7.7 y debe 3 materias (español, historia e inglés). Su estructura familiar está integrada por dos hermanos, siendo ella la mayor, una hermana de 12 años y un hermano de 7. Con su hermana se relaciona bien, a veces pelean, pero que platican mucho, “yo quiero ser mejor, dar el ejemplo” ”soy muy protectora con ella, no permito que le griten y le peguen”. Nos relata algunas cosas que indican rivalidad entre ellas, celos por la atención de sus padres. Con su hermano juega mucho, platica, es con el que más convive, aunque ella dice que es el consentido de sus papas. Con su mamá dice que la

relación es muy difícil ya que casi no tiene confianza con ella, solo le cuenta cosas de la escuela y esta siempre la regaña. “Cuando se enoja conmigo me cachetea y me insulta, me dice que ojala y no hubiera nacido”. Esto me hace sentir muy mal. Con su papá lleva una mejor relación con él si platica aunque solo cosas de la escuela.

En cuanto a su entorno social menciona que tiene amigas en la escuela, pero nadie en especial, tiene una amiga, que la conoce “de toda la vida”, ella asiste a la misma escuela por la mañana y solo se ven en la entrada de la escuela y se mandan mensajes. En su casa tiene amigos, hombres con los que se encuentra cuando va a la tienda y esto le ha causado problemas con su papa, ya que se tarda al ir por algo. En cuanto a los novios, menciona que actualmente tiene uno que se llama Miguel, con el que lleva un mes. Tuvo otro antes con el que duro año y medio, “un día, fuimos a su casa, no estaban sus papas comenzamos a besarnos y terminamos haciendo nuestras cosas”. Refiere que después de esto, estaba muy angustiada días después pensando que podía estar embarazada, “estaba muy preocupada y hable con mi novio, el me dijo que él se iba a hacer responsable, que no me preocupara”. Menciona que sus papas notaron su angustia y le preguntaron qué pasaba, ella se los conto, “mi mama se enojo muchísimo”, “mi papa hablo con mi novio y no sé qué le dijo que después el, ya no quiso hacerse responsable y me dijo que estaba muy chico para algo así”. A las dos semanas se comprobó que no estaba embarazada y ya estuvo todo tranquilo. Al preguntar cuando ocurrió esto nos menciono que fue en abril de este año.

En cuanto a la relación de sus padres refiere que se llevan bien, mejor que antes de separarse, relata que se separaron cuando su hermanito tenía 2 años y esta separación duro 1 año, que fue muy duro para ella y fue la época que más sufrió en su vida, ya que sobre ella recaía la responsabilidad de cuidar a su hermano (darle de comer y cambiarle el pañal), ya que su mama trabajaba. Al recordar el momento de la separación relata “mi papa era subgerente se samborns, y a veces no llegaba a dormir, una madrugada mi mama me despertó y nos subimos a un taxi, llegamos a casa de mis abuelos y nos dormimos en el sillón, al día siguiente

nos dijo mi mamá que había dejado a mi papá porque no llegó a dormir”. Ahora su relación es mejor aunque días antes se volvieron a pelear, se gritan e insultan y aunque lo hacen en su recámara los gritos se escuchan afuera (mi mamá lo arañó en el pecho). Hace un tiempo se salió de su casa por una discusión que tuvo con su papá, ya que la mandó a la tienda y se tardó hablando con unos amigos, su papá se molestó y la fue a buscar la regañó y le dijo que ahora ella iba a hacer la comida, se fue a su recámara y en las escaleras su papá la aventó para que se “apurara” y se cayó, se fue a vivir unos días con una amiga de su mamá, su mamá le pedía que volviera, pero su papá le dijo que si se volvía a ir ya no regresaría.

Se describe como enojona, le gustaría cambiar su forma de ser, ser más dura que sentimental y no tener la responsabilidad de su hermano. Siente que sus papás y sus abuelos esperan demasiado de ella, siente que después de lo que pasó con su novio ahora ya es más segura y que “no quiere que le vuelvan a ver la cara, no lo voy a permitir” “soy muy enojona, siento que debo ser castigada por no medir mis palabras”.

Ha pensado en el suicidio muchas veces, pensando en realizarlo cortándose las venas. Al tratar este tema nos muestra dos cicatrices en la muñeca y una en el tobillo, menciona que no es para suicidarse, simplemente “se que mis papás al darse cuenta me van a regañar y lo hago para que así aunque sea regañándome me pongan atención” “mis papás se molestan también porque me hago dibujos en las manos (estrellas y calaveras).

Durante la entrevista con los padres se mostraron reservados evadiendo algunos temas. El papá es un hombre de 34 años, trabaja como taxista y se encarga algunas veces de llevarla a la escuela, menciona que tienen enfrentamientos porque es muy noviera, además de que se ha ido de pinta en varias ocasiones, así como sus calificaciones. Además de que se ha ido de pinta en varias ocasiones, así como sus calificaciones. Menciona que su hija “tiene una vida desahogada, le damos dinero, su mamá quiere darle todo lo que ella no tuvo”. Su mamá una mujer de 36 años, se mostro seria y reservada, trabaja cuidando una

persona enferma (no indico su horario, Paola en su entrevista refiere que se va en la tarde y llega al día siguiente a medio día) En cuanto a la forma de relacionarse con su hija menciona que se llevan bien, pero que discuten mucho y menciona lo siguiente : “la siento arrebatada, explosiva se enoja muy rápido y no piensa en lo que dice, es muy agresiva” Tiene amigos más grandes (vagos de afuera de la escuela). Tiene un novio poco productivo. Maneja verdades a medias, se hizo una perforación en la lengua, en abril tuvo relaciones sexuales por primera vez. Manifiesta deseos de morir, siente que busca amor, “me da tristeza porque no cumple mis expectativas”. Han realizado negociaciones de cosas con ella, en cuanto a permisos y privilegios.

En esta entrevista no dejaron claros los motivos ni el tiempo cuando se fue su hija de casa, así como tampoco mencionaron problemas conyugales actuales ni su separación. Mencionan que su hija ha manifestado deseos de morir, pero no mencionan los cortes que se ha realizado.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA.

Durante esta entrevista los padres se mostraron preocupados y dispuestos a cooperar en el tratamiento de la chica, manifestaron no saber manejar la situación con su hija, como controlarla y solucionar las situaciones que se presentan. Se nota una ambivalencia en ellos de no repetir la manera en que sus padres los educaron (violenta) y no saber poner límites con palabras y acciones. Aceptaron el tratamiento terapéutico, que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología.

ENTREVISTA No 8 (Tratamiento terapéutico)

Z. R es una chica de 14 años, de aproximadamente 1.50 de estatura, tez morena clara, cabello negro y complexión delgada. Durante la entrevista fue muy cooperativa. En cuanto a su estructura familiar está integrada por dos hermanos, siendo ella la de en medio, un hermano de 18 años y un hermano de 3. Con su hermano mayor casi no tiene relación él, le molesta que sus papas le dan mucha preferencia, le compran todo lo que pide, no tiene obligaciones y puede usar la computadora, con su hermano pequeño su relación también es casi nula, debido a que casi no lo ve, solo en ocasiones que se necesita ella lo cuida. Con su mamá comenta que se lleva bien que le cuenta sus cosas, pero que siempre la interrumpe, que no le pone atención, “cuando le cuento algo, me interrumpe y comienza a contarme lo que le sucedió a ella a mi edad” “me cuenta su relación con mi papá, que la maltrata y la humilla, yo le aconsejo que lo deje, que no siga con el” “me da mucho coraje que a los pocos días los veo abrazados como si nada”. Con su papá casi no habla por que el trabaja mucho, todos los días, todo el día, incluso los domingos se dedica a comprar el material y lo acomoda en el negocio. Nos comenta que sus hermanos y ella viven en una casa en la colonia Hidalgo, y sus papas en un departamento que está en la parte de arriba del negocio, solo van a la casa donde están ellos los domingos, “a veces vamos al negocio a ayudarles” Menciona que ella es la que se encarga de la comida, de lavar la ropa y algunas veces de cuidar a su hermano menor, que esto es lo que le molesta de su familia ya que su hermano mayor no tiene ninguna obligación.

En lo referente a su entorno social, menciona que se lleva muy bien “con toda la escuela”, solo con algunas chicas se lleva mal y en su relato menciona varias peleas a golpes con ellas, y esto ha provocado que la suspendan en la escuela varias veces. Sus papas no están de acuerdo con sus amistades, consideran que sus amigos de “fuera” de la escuela son vagos. “Tengo novio, es un chico de los que gritan en los microbuses, he salido con el dos veces, mis papas no lo saben, no quiero que les digas, ellos saben que salgo con amigas”. Antes tuvo un novio en la escuela, pero tuvo problemas con el “el anduvo diciendo que era una zorra,

yo sin querer les conté a mis amigos y decidieron golpearlo, hubo una confusión y terminaron golpeando al hermano de una amiga, esto me causo grandes problemas, incluso los papas de mi amiga iban a levantar una acta”.

No sabe cómo definirse, siente que es fea, sufrió un accidente en el dedo anular, “se machuco” y se le partió y le falta un pedazo. No se nota, ella lo cubre tocándoselo con la otra mano, cuando lo mostro, no se le nota, solo al revisar más de cerca, se siente mal por esto, este momento de la entrevista fue el único donde se puso a llorar, comenta que sus amigos no se han dado cuenta, ni ella le ha comentado a nadie.

A la entrevista con los padres, solo acudió el padre, debido a que la madre se quedo en el negocio, no pueden salir los dos al mismo tiempo. No dio mucha información solo comento “Mi hija es una niña a la que se le da todo, pide ropa de marca, teléfono celular, computadora portátil y solo cuando se le cumplen sus caprichos está de buen humor, y cuando se le pasa la emoción exige más. No tiene ninguna obligación en casa, no hace nada, ni tampoco ayuda en el negocio”

Menciona también que se pasa mandando mensajes en el celular a altas horas de la noche, que en la escuela se pelea a golpes con sus compañeros, incluso la directora ya sugirió que la cambien de escuela.

Menciono también la perdida de falange que se le hizo un injerto, pero que aun así se le nota.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA.

Se observa que aunque el padre acude a la entrevista, la relación con la chica no es buena, no existe comunicación, la forma de relacionarse con ella es en base a restricciones y castigos. En cuanto a la madre por lo referido se muestra pasiva e indiferente a lo que sucede. Aceptaron el tratamiento terapéutico que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología.

CONCLUSION DE LAS ENTREVISTAS.

En los ocho casos presentados se observa de alguna manera la ausencia emocional, debido a indiferencia, padres permisivos, falta de límites, falta de comunicación y tiempo para una relación con los chicos. En algunos casos debido al trabajo, a ignorancia, a problemas personales, etc. Como se menciona anteriormente, solo dos casos aceptaron tratamiento terapéutico.

Las entrevistas nos muestran que si existe relación entre riesgo suicida y ausencia emocional de los padres, en todas las entrevistas los chicos corroboran los resultados obtenidos en la escala, describiendo la ideación suicida.

En el anexo se presenta el reporte de caso de P.M.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto la relación estadísticamente significativa obtenida de las cuatro categorías (1. Evaluación negativa del self, 2. Desesperanza, 3. Ideación suicida y 4. Hostilidad) con la predicción de probabilidad de riesgo suicida.

Las características esperadas y buscadas al estudiar riesgo suicida y prevenir el suicidio del sujeto están ligadas a las fantasías de muerte, pensamiento de desesperanza, la agresión que maneja y su sentimiento hacia consigo mismo.

Si el riesgo suicida es la predicción con base en la experiencia previa de un sujeto, las respuestas obtenidas muestran que se encuentra en mayor riesgo suicida (en base a esta escala) cuando sus respuestas están relacionadas con fantasías, ideas y pensamientos relacionados a como autodestruirse, además de pensamientos de desesperanza en donde el sujeto piensa y siente que no existe ni esperanza ni ayuda para cambiar la situación.

Es necesario que el sujeto tenga fuertes reacciones agresivas para poder autodañarse, así como también, el sujeto con un alto riesgo suicida, se siente devaluado consigo mismo y con lo que hace.

Las hipótesis presentadas en la investigación se comprueban, ya que las correlaciones obtenidas son estadísticamente significativas.

1. H_1 = Existe relación estadísticamente significativa entre desesperanza y riesgo suicida.
2. H_2 = Existe relación estadísticamente significativa entre evaluación negativa del self y riesgo suicida.
3. H_3 = Existe relación estadísticamente significativa entre hostilidad y riesgo suicida.

4. H_1 = Existe relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y riesgo suicida
5. H_1 = Existe relación entre ausencia emocional de los padres y riesgo suicida.

La hipótesis No 6 también se comprobó, en base a las entrevistas realizadas con los padres de familia y los adolescentes. Así como también en la indiferencia y poca disposición mostrada por las autoridades para dar seguimiento a los resultados. La indiferencia mostrada por los padres al no acudir a las citas, también es un factor a considerar.

Los resultados obtenidos de estas entrevistas muestran que, uno de los factores que deberían satisfacer los padres, son las necesidades emocionales y de amor de los adolescentes para que su desarrollo sea saludable, esto no se observó en ninguna de las entrevistas realizadas, se observa una gran diversidad de problemas que provocan la carencia afectiva por distorsión o discontinuidad de los cuidados parentales, por lo que es probable que los adolescentes a presenten riesgo suicida.

En el caso clínico presentado no se ha mencionado la probabilidad de riesgo suicida y la ideación suicida abiertamente, debido a que la técnica terapéutica no es enfocada al síntoma, sino que aborda la situación de vida actual del paciente, el riesgo suicida se manifiesta de manera encubierta en conductas riesgosas como son pandillerismo y vida sexual sin protección.

Otra aportación importante en esta investigación es que el instrumento utilizado, la escala de predicción de riesgo suicida (SPS) distingue de manera significativa a los sujetos de los tres grupos de clasificación, lo cual permitió tomar acciones de acuerdo a cada caso presentado.

La observación de estos resultados muestran que el riesgo suicida y el comportamiento suicida no está basado solamente en una sola conducta, que se conoce como la expresión de consecuencias graduales de perturbaciones en

donde el acto aunque de suma importancia no es el objetivo de la prevención, sería necesario intervenir en los procesos que llevaron al sujeto a tomar la decisión de terminar con su vida, ya que estos forman la estructura básica de la conducta y expresión suicida. Ringel teóricamente lo llamó el síndrome presuicida que en términos de prevención es útil para valorar a una persona con potenciales autodestructivos.

Las personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta, casi siempre lo piensan y fantasean, siendo una forma de buscar solución a uno o varios conflictos. Aunque pueden abandonar la idea si se presentan otras alternativas viables, si esto no sucede, pueden pensar en el suicidio de manera muy insistente.

Cuando la idea toma más fuerza se vuelve más atractiva, planea cómo hacerlo, con qué medios, cuando, etc. Para que esto suceda, el sujeto debe sentirse sin esperanza alguna, y sobre todo sintiendo que nada ni nadie lo va a ayudar, salvar o cambiar la situación problemática (Beck, 1975).

Uno de estos conflictos es la ausencia emocional debido a la comunicación y relación disfuncional con los padres. Así como la falta de atención de estos a los problemas de los jóvenes

Las teorías que se describieron en el marco teórico respecto a adolescencia, familia, riesgo suicida y ausencia emocional, muestran que la ausencia emocional es una variable fundamental que ejerce una influencia durante el desarrollo del individuo que, moviliza, obstaculiza o inhibe funciones de desarrollo que generan riesgo suicida y conductas riesgosas.

Los datos obtenidos en la presente investigación muestran que se ha podido realizar el objetivo principal, que fue el detectar riesgo suicida en adolescentes con padres ausentes emocionalmente.

La hipótesis de ausencia emocional y riesgo suicida, no se comprueba estadísticamente, debido a que su exploración consistió en entrevistas libres

individuales con los adolescentes y sus padres, aunque se considera que la muestra de entrevistas es muy pequeña, se comprueba, debido a las variables presentadas, la poca asistencia de los padres de familia, tanto a la plática informativa cómo a las entrevistas y el no mostrar disposición al tratamiento terapéutico aún enterados de los resultados obtenidos y del tema, ante lo cual no hay excusa de ignorancia.

La ausencia emocional no solo se mostró en los padres de familia, también en las autoridades de las tres secundarias que no permitieron el seguimiento de la investigación. Aún cuando al inicio mostraron interés debido a que en algunas de ellas ya se habían presentado casos de intento suicida y en las demás los chicos presentan conductas riesgosas.

A lo largo de la investigación se muestra la importancia tanto de los lazos familiares, como de los cuidados parentales, los cuales son muy importantes para brindar al adolescente la función de “continente” que necesita.

El abandono por distorsión o discontinuidad produce en ellos resentimiento, hostilidad, desesperanza, actitudes negativas y una identidad negativa.

Se sugiere continuar la investigación a fin de comprender más profundamente las consecuencias de la ausencia emocional y poder realizar intervenciones apropiadas para reducir el impacto en los integrantes de la familia.

Algunas de las limitaciones que se encontraron fueron las siguientes:

- En una secundaria se solicitó un permiso de la coordinación de zona, lo cual retrasó la entrega de resultados debido a estos trámites y cuando finalmente se obtuvo el permiso por parte de la coordinación, las funciones de la dirección habían concluido y las nuevas autoridades negaron el permiso. Debido a esto no se realizó el seguimiento.
- Dentro de la aplicación de la escala SPS los sujetos omitieron datos relevantes, como es sexo, edad, nombre. Así como también en algunos

casos no tomar en serio la escala. Se sugiere mayor control en la entrega de los cuestionarios, llevando a cabo una revisión en el momento de la entrega, aumentando el número de aplicadores por grupo.

- Otra limitación fue el no llevar a cabo una revisión minuciosa cuando los adolescentes entregaban sus cuestionarios, ya que en algunos casos omitieron algunos ítems de la escala, los cuales se cancelaron, esto fue debido a la cantidad de alumnos por grupo.
- Una de las cuestiones a considerar fue también el uso de vocabulario dentro de la escala, debido a que a los adolescentes desconocían el significado de algunas palabras. Por ejemplo impulsivo y hostilidad, en este tipo de casos se les daba una pequeña definición del concepto.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1971). *La adolescencia Normal*. Argentina. Ed. Paidos.
- Ackerman, A. (1966). *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares*. Argentina. Editorial Horne.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation an at Home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ariza, M. (2004). *Imágenes de la Familia en el cambio de siglo*. México. UNAM.
- Asarnaw, J., Carlson. (1979). Coping Strategies, Self – Perception; Hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal childres. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3).
- Bloch, D. (1985). *Para que la bruja no me coma*. Editorial. Siglo XXI, 1986, México.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Carvajal, C. G., (1993). *Adolecer: La aventura de una Metamorfosis. Una Visión Psicoanalítica de la Adolescencia*. Colombia: Tiresias.
- Cull, G.J. y Wayne, S.G. (1982). *Suicide Probability Scale SPS*. Manual Western Psychological Services.
- Delgado, C.A., Et. Al., (2002). Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Revista Cubana Medicina General Integral* 4/2002.
- Durkheim, E. (1979). *Dirección de Publicaciones UNAM*. México.

- Freud, S. (1915/1992). Duelo y Melancolía. Obras Completas. Tomo III. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1919/1981). Pegan a un niño. Obras Completas. Tomo III. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Fuentes, M.L., 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. Primera Edición.
- García, S.P (1990). Padres + Hijos. México. Ed. Limusa.
- Gesell, A. (1992). El niño de 11 y 12 años. México: Paidós.
- Gesell, A. (1992). El niño de 13 y 14 años. México: Paidós.
- Gesell, A. (1992). El niño de 9 y 10 años. México: Paidós.
- Gonzales Núñez, J.J (2001) Psicopatología de la Adolescencia. México. Manual Moderno.
- González Forteza C., Andrade Palos P., (1995) La Relación de los Hijos con sus Progenitores y sus Recursos de Apoyo: Correlación de la Sintomatología Depresiva y la Ideación Suicida en los Adolescentes Mexicanos. Salud Mental Vol. 18 Núm. 4 Pp. 41 -48.
- Gracia, E. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. Salud Mental Vol. 28.
- Greenberg, M.T., Siegel, J.M., y Leitch, C.J. (1983). The Natura and Importance of Attachment Relationships to Parents and Peers During Adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 12, 5.
- Hermoso, C., (2004). La pulsión de muerte en la madre filicida. Tesis de Maestría. México: IIPCS.

- Hurlock, E. (1987). *Psicología de la Adolescencia*. México: Paidós.
- Kaslow, N. (1984). Social Cognitive correlates of Depression in Children, *Journal of abnormal child psychology*, 12.
- Lazard, P. (1988). El riesgo suicida en adolescentes en relación con la Pérdida de la figura paterna. Tesis de Doctorado. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mancilla, G.B.E., (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.
- Palacios, A. (2002). *La disolución y la reconstrucción de la pareja*.
- Papalia D. (2005). *Psicología del Desarrollo*. México. Ed. Mac Graw Gill
- Ringel, E. (1976). The presuicidal síndrome. *Suicide and life threatening*, 6, No 3.
- Rodríguez, Hurtado, M.L. (1989). Amores y desamores en la relación padres - hijos. *Cuadernos de psicoanálisis*, Vol. 3 y 4.
- Shneideman, E (1976). *The psychology of suicide*. Jason Aronson, Inc., New York.
- Villatoro, V.J.A., Et. Al., (1997). La relación padres – hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental* Vol. 20 Núm. 2, PP. 21 -27.
- Wagner, B. (1994). Adolescent Sibling Differences in Suicidal Symptoms: The role of parent relationships, *Journal of abnormal Child Psychology*, vol. 22 (3).
- Weisman, A. (1971). Is suicide a disease? *Life threatening behavior*, 1.
- Zingman, D.G.C., (1996). *Modalidades del funcionamiento familiar*. Argentina. Ed. Belgrano.

<http://www.oms/html/> Organización Mundial de la Salud.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (México). II Censo de Población y Vivienda 2005. Pagina web: www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/censo2005

<http://www.mex.ops-oms.org>. Organización Panamericana de la Salud.

ANEXOS

REPORTE DE CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: P. M.

Edad: 14 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Vive con sus padres, una hermana de 12 años y un hermano de 7 años

Escolaridad: Tercer grado de Secundaria (Turno vespertino)

Ocupación: Estudiante

Lugar de Nacimiento: México, D.F

Fecha de Nacimiento: 8 de Mayo 1994

Religión: Católica

Frecuencia de sesiones: Una vez por semana.

Referido Por: Obtener un puntaje T 78 en la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS)

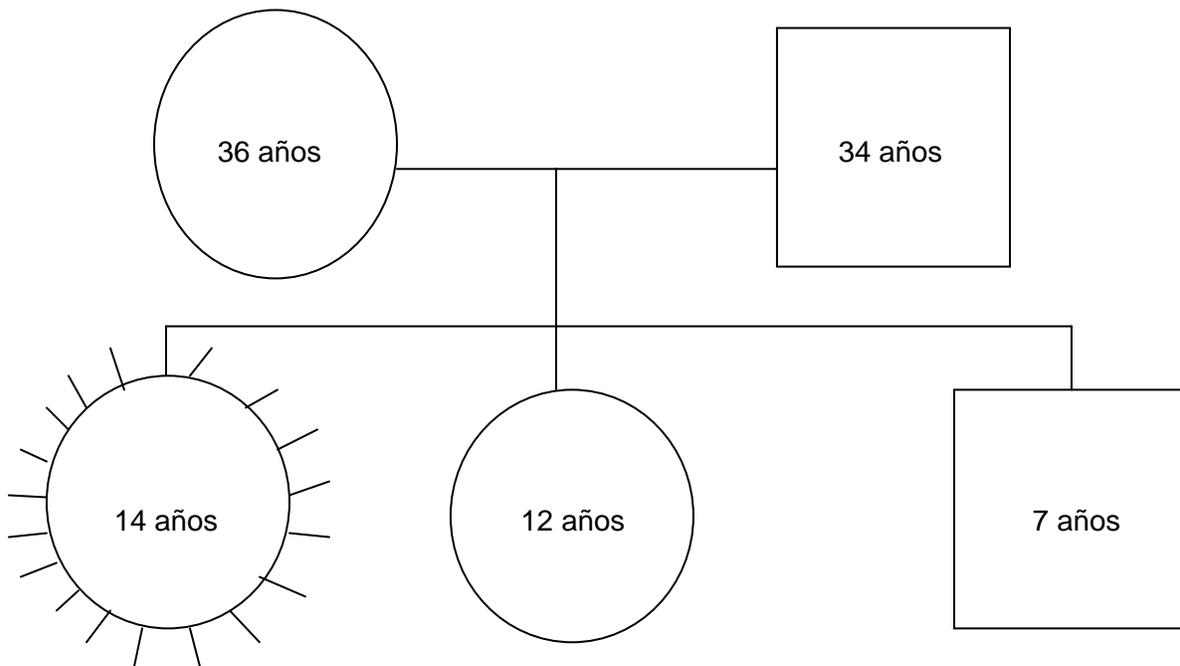
Fuente de información: La paciente y sus padres

Nivel socioeconómico: Bajo

Fecha inicio de tratamiento: 24 de Septiembre 2008

Fecha elaboración historia clínica: 18 de febrero 2009.

FAMILIOGRAMA



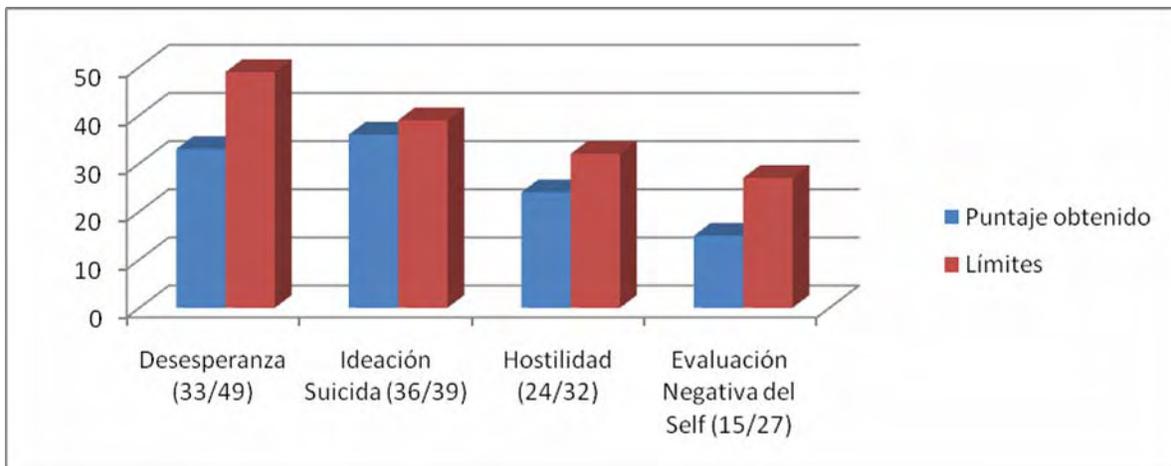
DESCRIPCION FISICA DE LA PACIENTE:

P.M es de estatura media, mide aproximadamente 1.60 mts. Su complexión es delgada, aproximadamente 50 kilos. La edad cronológica coincide con la aparente. Su piel es morena clara, su cabello es castaño oscuro y lo tiene lacio a la altura de los hombros, la mayoría de las veces lo recoge formando una cola, su frente es pequeña, tiene cejas delgadas, sus ojos son cafés oscuros, su nariz es afilada, su boca es mediana y labios delgados, sus orejas son proporcionadas a su cara usa aretes pequeño. Su cara es alargada, su mejilla es natural. No tiene cicatrices notables. Su cuello es pequeño y delgado, sus hombros son pequeños, tiene el busto mediano, abdomen plano, sus extremidades van acorde con su cuerpo no hay asimetría notable. Sus piernas y pies son delgados y simétricos.

Solo usa brilla en los labios, comúnmente se coloca de uno a tres rosarios en el cuello de madera de diferentes colores. No usa reloj, su mochila en buen estado y limpia, llena de libros. Habitualmente asiste a la sesión con el uniforme escolar, ocasionalmente con pantalones de mezclilla y camisetitas o blusas con un escote discreto, zapatos de suela delgada lustrados y tenis limpios. Su arreglo es casual acorde a su edad.

MOTIVO DE CONSULTA:

Manifiesto: Como resultado de la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida debido a que obtuvo un puntaje T de 78, lo cual indica una probabilidad de riesgo suicida severo. La figura siguiente muestra los puntajes obtenidos en las 4 subescalas, se observa el alto índice que obtiene en tres de ellas.



ANTECEDENTES:

Los padres de P.M se conocieron por el hermano de ella, pues jugaba futbol soccer con su actual marido y ella iba a los juegos del equipo, él empieza a frecuentarla y se hacen novios al poco tiempo. En los inicios de su relación la pareja fue muy difícil, mencionan haber decidido irse a vivir juntos antes de quedar embarazada de P.M y aunque debido a esté se apresuran las cosas, con un

noviazgo de apenas tres o cuatro meses, se van a vivir juntos a casa de los padres paternos. Manifiestan una relación complicada pues dicen que ella viene de una familia con muchas carencias, y estaba acostumbrada a trabajar y a él su familia le facilitó muchas las cosas pudo haber cursado una carrera universitaria.

El padre trabajaba como subgerente de una importante tienda de regalos, su horario de trabajo era muy intenso, lo cual provoco fricciones en la pareja, pelean y se separan, esta separación duro un año aproximadamente. La paciente contaba con 8 años y relata esta época como muy difícil, ya que su mamá entro a trabajar y ella se encargaba de sus hermanos, incluso por las noches se levantaba a alimentar a su hermano pequeño. La madre relata que ella no se daba cuenta de esta situación.

HISTORIA FAMILIAR

Papá:

Su padre tiene 34 años, trabaja como taxista y se encarga algunas veces de llevar a P.M a la escuela, menciona que tienen enfrentamientos porque es muy noviera, además de que se ha ido de pinta en varias ocasiones, así como sus bajas calificaciones. El padre menciona que Paola “tiene una vida desahogada, le damos dinero, su mamá quiere darle todo lo que ella no tuvo”. Acepta en sesión que el motivo de separación fue por otra mujer, aunque su hija no lo sabe con certeza y lo sospecha.

La paciente menciona que la relación con su padre se deterioro debido a la separación, “una vez lo fuimos a visitar, pero no estaba se fue a trabajar. Pensaba que mi papá estaba con otra señora, no por otra cosa te deja tu papa. En ese tiempo era muy agresiva, me decían algo y no me gustaba quedarme callada, era intocable, una vez le conteste feo a mi maestra y mando llamar a mi mamá y mi mamá le dijo que se separaron y quién sabe qué le dijo la maestra, pero de ahí se

empezaron a juntar. Nunca supe por qué se separaron mis padres, posiblemente por su trabajo”.

Mamá:

Su madre tiene 36 años, se mostro seria y reservada, trabaja cuidando una persona enferma (no indico su horario), argumenta que discute mucho con P.M, “la siento arrebatada, explosiva se enoja muy rápido y no piensa en lo que dice, es muy agresiva. Tiene amigos más grandes (vagos de afuera de la escuela). Tiene un novio poco productivo. Maneja verdades a medias”. Se hizo una perforación en la lengua, en abril tuvo relaciones sexuales por primera vez, se enteraron porque encontraron una prueba de embarazo en su recámara, le fueron quitando permisos y le prohibieron ver al novio. “P.M manifiesta deseos de morir, siento que busca amor, me da tristeza porque no cumple mis expectativas”. Han hecho negociación de cosas y la metieron a un equipo de futbol. La madre después de su separación intenta suicidarse, cortándose las venas y sus hijos se enteran de esta situación.

P.M refiere que su madre se va a trabajar en la tarde y llega al día siguiente a medio día. La relación de ambas es muy difícil, ya que casi no tiene confianza con ella, solo le cuenta cosas de la escuela y ésta siempre la regaña. “Cuando se enoja conmigo me cachetea y me insulta, me dice que ojalá y no hubiera nacido”. Esto me hace sentir muy mal, mi mamá se enoja por cualquier cosa”.

Hermana:

Su hermana tiene 12 años, se relaciona bien con ella, a veces pelean, pero platican mucho, “yo quiero ser mejor, dar el ejemplo”, “soy muy protectora con ella, no permito que le griten y le peguen”. Relata rivalidad entre ellas, celos por la atención de sus padres.

Hermano:

Su hermano tiene 7 años, juega mucho con él, platica, es con el que más convive, aunque ella dice que “es el consentido de sus papas”. Le platica todo lo que le pasa y escucha su opinión.

HISTORIA PERSONAL:

Es el primer embarazo de la madre a los 18 años, no planeado, pero “bienvenido” en palabras de los padres, fue un embarazo sin complicaciones, nació por parto normal, fue amamantada por la madre hasta los 8 o 10 meses, se le dio biberón hasta los 2 años, se complicó su retiro. La dentición fue normal. No gateo, el habla y la marcha se desarrollaron en tiempo normal. El entrenamiento de control de esfínteres fue aproximadamente al año y dos meses, aprendiendo a avisar al año y medio.

Asiste a preescolar a partir de los 4 años y después a la primaria a los 6, los padres manifiestan no haber tenido problemas académicos antes con la paciente, hasta ahora que ha tenido comportamientos inadecuados como no ir a la escuela, irse de pinta y peleas a golpes con jóvenes de su edad en la calle.

A la edad de 8 años aproximadamente, sus padres se separaron, esta separación duró un año, fue muy duro para P.M, época que más sufrió en su vida, ya que sobre ella recaía la responsabilidad de cuidar a su hermano (darle de comer y cambiarle el pañal), ya que su mamá trabajaba. Al recordar el momento de la separación relata “mi papá era subgerente de Samborns y a veces no llegaba a dormir, una madrugada mi mamá me despertó y nos subimos a un taxi, llegamos a casa de mis abuelos y nos dormimos en el sillón, al día siguiente nos dijo mi mamá que había dejado a mi papá porque no llegó a dormir, sufrí. Pues yo le dije a mi mamá que a mí no me tocaba vivir eso. Que los ayude a que ellos solucionaran sus problemas, yo los ayudaba mucho al cuidar a mis hermanos”.

P.M es una chica que inicio el tercer grado de secundaria con un promedio de 7.7, en la actualidad ha reprobado español, historia e inglés. Sus actividades

recreativas son jugar fútbol, es integrante de dos equipos en los que participa los domingos. Tiene amigas en la escuela, pero nadie en especial, solo una amiga que la conoce “de toda la vida”, ella asiste en el turno matutino y se ven en la entrada del colegio, se envían mensajes. En su casa tiene amigos del sexo masculino con los que se encuentra cuando va a la tienda y esto le ha causado problemas con su papá, ya que se tarda al ir por algo. En cuanto a los novios menciona que actualmente tiene uno con el que lleva un mes. Tuvo otro antes con el que duró un año y medio, “un día fuimos a su casa, no estaban sus papas comenzamos a besarnos y terminamos haciendo nuestras cosas”. Refiere que después de esto, estaba muy angustiada días después pensando que podía estar embarazada, “estaba muy preocupada y hable con mi novio, él me dijo que él se iba a hacer responsable, que no me preocupara”.

En el segundo bimestre bajo su promedio a 7.2, se sentía presionada porque tenía que dar el ejemplo por ser la mayor de las nietas, nuevamente la presión en su cabeza y fue cuando pensó en morir. Se le fueron las ganas de morir por su abuelito, quien le prometió que le harían una “fiesta grandotota” para sus quince años. El tercer bimestre subió de promedio, el cuarto bajo nuevamente por concentrarse en su novio, “luego volvió mi presión de ponte a estudiar”. P.M le contó a su novio que no quería vivir y él le decía, que no hiciera tonterías y que si en verdad lo quería, que no lo hiciera.

Ahora en la secundaria se relaciona con chicos que se drogan y grafitean, ella en algunas ocasiones ha participado en esta actividad, se enamora de un chico del colegio, relación de un año y medio, narra que en una ocasión él le solicita que lo acompañe a su casa, “me dijo “soñé contigo, que teníamos relaciones, te gustaría tener un bebé? A mí sí. Nos besamos y terminamos haciendo nuestras cosas”. Primera y única relación sexual, el 15 de Abril del 2008, día del cumpleaños de la mamá de la paciente.

Al tener un retraso en su periodo, le angustió la idea de estar embarazada, habló con su novio y él le llevo unas pastillas, le contó a sus compañeras, se preocupo

mucho y se hizo una prueba, sus padres se enteraron al encontrar la prueba en el bote de basura de su recámara, lo platicaron y discutieron con ella. El padre tuvo una conversación con el novio, P.M. relata “él sí se iba a hacer responsable, luego mi papá le dijo que todavía éramos chiquitos y que lo podía meter al tutelar, que no se me acercara, nunca pensé que mi papá le fuera a decir eso”.

Al terminar su novio con P.M. se hizo una perforación en la lengua, al darse cuenta su mamá una semana después, le cortó el cabello. La paciente menciona “por eso lo tengo chiquito, porque por su coraje me lo cortó”. Los padres la enviaron al doctor con objeto de tomar unas pastillas para que se cerrara la herida y no se infectara, pero “todavía la tengo abierta”. Yo sentía que si tenía una perforación y tener relaciones sexuales me iban a hacer caso. Mis abuelitos (paternos) y mis papás, si logré la atención pero no la que yo quería, sentí que me pusieron atención por obligación, quiero que estemos tiempo juntos, los tres, mis papas y yo”.

P.M. relata que cuando siente mucho dolor y no sabe porque, ni que hacer se hace cortes en la muñeca y en el tobillo izquierdo, “es que tengo tantas cosas en mi cabeza que no se cómo manejarlas que me corto para sentir el dolor en el cuerpo”. En referencia a la ideación suicida ha pensado en aventarse de la azotea, “a un lado de mi cuarto hay otro sin terminar de construir que da a una cancha pequeña de futbol, ahí hay una piedra, he pensado que si caigo ahí, tal vez muera. Pensaba que todos esperaban algo y yo no podía, así todos se iban a arrepentir de haberme presionado. Ahora ya no pienso en eso mi mamá ya ha llorado lo suficiente”. Cuando está muy enojada, azota su cabeza en las escaleras, le pega a la pared “sé que mis papas al darse cuenta me van a regañar y lo hago para que así aunque sea regañándome me pongan atención, mis papas se molestan también porque me hago dibujos en las manos (estrellas y calaveras)”. La terapeuta la confronta con su deseo de venganza aunque ella lo niega.

Menciona deseos de haberse casado con su novio pasado y vivir una vida como la de su mamá o de su familia cercana. Las conductas de riesgo que lleva a cabo, como son las peleas callejeras a golpes con chicas de la escuela, en las que ella se muestra muy violenta y orgullosa de que nunca pierde y para ella no existe esta posibilidad, las actividades de grafiti que realiza con chicos relacionados con drogas.

En el tratamiento la terapeuta ha trabajado sobre los riesgos que conllevan estas actividades, también de las precauciones que debe tomar para las relaciones sexuales y haciendo hincapié en la responsabilidad de decisión de ella para realizar vida sexual.

Los aspectos a considerar son: la perforación de la lengua es para presumir que ya esta perforada, a través de las peleas callejeras descarga su excitación. La agresión volcada hacia ella para no matar a sus padres.

En las sesiones anteriores a este reporte, el avance de la paciente era notable. Logra identificar conductas de riesgo, verbaliza que prefiere su vida actual antes que tener la responsabilidad de un bebé y una casa, que tiene muchas cosas que disfrutar y hacer todavía, como sus planes de estudiar una carrera universitaria (pedagogía).

La paciente continua en tratamiento psicoanalítico, una vez por semana en el Centro de Apoyo a la Comunidad de la Facultad de Psicología. Los padres iniciaron tratamiento psicoanalítico individual en la Asociación Mexicana de Psicología (APM) en el mes de enero de este año, el padre solo asistió a una sesión, la madre a 4 sesiones. No obstante, en el mes de febrero de 2009, argumenta que su esposo no puede llevarla por falta de tiempo, motivo por el cual no continuó el tratamiento por la distancia. A últimas fechas en sesión la paciente menciona, que su papá la ha inscrito sin su consentimiento en dos cursos, para preparar su examen de ingreso a la preparatoria. Entre los cursos y la escuela la paciente no cuenta con tiempo de lunes a sábado, al preguntar a su papá por sus

sesiones el argumento que decidiera ella que iba a hacer. Esta situación la confrontará la terapeuta con los padres.

Nombre_____ Edad_____ Fecha de nacimiento_____ Escolaridad_____ Ocupación_____

¿Has tenido problemas importantes en los últimos 2 años? Si No

Si respondiste sí. ¿Que fue lo que ocurrió y hace cuanto tiempo?_____

Instrucciones

Las siguientes frases indican emociones y conductas que algunas personas utilizan para expresar sentimientos. Indica que tan ciertas son para ti, poniendo una X cuando elijas uno de los cuadros que hay para cada frase, por favor, revisa que **todas** las frases estén contestadas y entrega tu cuestionario. Gracias

EJEMPLO:

1. Me siento ansioso

Nunca o muy Pocas veces	De vez en cuando	Buena parte del tiempo	siempre o todo el tiempo
	X		

	Nunca o muy pocas veces	De vez en cuando	Buena parte del tiempo	Siempre o todo el tiempo
1. Cuando me enojo aviento cosas.				
2. Siento que mucha gente se preocupa por mi				
3. Siento que tiendo a ser impulsivo				
4. Pienso en cosas demasiado malas.				
5. Siento que tengo demasiada responsabilidad.				
6. Pienso que podría hacer cosas que valen la pena.				
7. Con el objeto de castigar a otros, pienso en el suicidio.				
8. Siento hostilidad hacia otros.				
9. Me siento aislado de la gente.				
10. Siento que la gente aprecia mi verdadera persona.				
11. Siento que mucha gente entristecería si muero.				
12. Me siento tan solo que no puedo tolerarlo.				
13. Otros sienten hostilidad hacia mí.				
14. Siento que si pudiera empezar otra vez cambiaría muchas cosas en mi vida.				
15. Siento que no puedo hacer muchas cosas bien.				
16. Tengo problemas para encontrar y mantener un trabajo que me guste				
17. Pienso que nadie me extrañaría si no estoy.				
18. Las cosas parecen estar bien para mí.				
19. Siento que la gente espera demasiado de mí.				
20. Siento que necesito castigarme por cosas que he dicho y pensado.				

	Nunca o muy pocas veces	De vez en cuando	Buena parte del tiempo	Siempre o todo el tiempo
21. Siento que no vale la pena continuar en este mundo.				
22. Planeo el futuro con mucho cuidado.				
23. Siento que no tengo muchos amigos con los que pueda contar.				
24. Siento que si yo muriera la gente estaría mejor.				
25. Siento que sería menos doloroso si muriera que continuar vivo como están las cosas.				
26. Me siento / sentí cercano (a) a mi madre.				
27. Me siento /sentí cercano a mi compañera (o).				
28. Siento poca fe en que las cosas mejore.				
29. Siento que la gente no me acepta a mí ni lo que hago.				
30. He pensado como matarme.				
31. Me preocupo por el dinero.				
32. Pienso en el suicidio.				
33. Me siento cansado e indiferente.				
34. Cuando me enojo rompo cosas.				
35. Me siento/ sentí cercano a mi padre				
36. Siento que no puedo ser feliz independientemente de donde esté.				

CUESTIONARIO

¿Con quién vives? _____

¿Viven tus padres? _____ ¿Ambos? _____

Si alguno de ellos falleció, hace cuánto tiempo? _____

¿Tus padres actualmente están casados, separados o divorciados?

¿Desde hace cuanto?

Si vives con tu madre solamente y tienes padrastro ¿hace cuánto tiempo de esto?

Si vives con tu padre solamente y tienes madrastra ¿hace cuánto tiempo de esto?

- Si tus padres están vivos, pero no están contigo, contesta lo siguiente :

¿Qué edad tenías cuando tu padre o tu madre se fue?

¿Cuánto tiempo hace que no ves a tu padre o madre?

¿Haz perdido algún familiar recientemente?

GRACIAS