



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DETECCIÓN DE DE IDEACIÓN SUICIDA EN
ADOLESCENTES CON MANIFESTACIÓN DE
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ALEJANDRINA GONZÁLEZ GARCÍA

DIRECTORA: DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO
REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
ASESOR METODOLOGICO: DR. ALBERTO J. CÓRDOVA A.

MÉXICO 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.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Antecedentes	4
Justificación	12
Capítulo 1	
La Adolescencia	
1. 1 Definición	15
1. 2 Cambios Físicos en la Adolescencia	16
1. 3 Tradiciones	21
1. 4 Teoría Freudiana	21
1. 5 Enfoque Psicoanalítico	22
1. 6 Teoría de Erickson	27
1. 7 Teoría Cognitiva	28
Capítulo 2	
El Suicidio	
2. 1 La Ideación Suicida	30
2. 2 Conducta suicida previa	31
2. 3 Definición	33
2. 4 Características de adolescentes con intento Suicida	37
2. 5 Causas de suicidio en adolescentes	40
Capítulo 3	
La Violencia Intrafamiliar	
3. 1 Conductas destructivas	42
3. 2 La violencia intrafamiliar	44
3. 3 Violencia hacia las mujeres	47
3. 4 Maltrato infantil	49
3. 5 Identificación con el agresor	51
3. 6 Tipos de violencia	53
3. 7 Razones por las cuales los agresores agreden	55
3. 8 La violencia por parentesco	55
Método	57
Resultados	67
Conclusiones	93
Referencias	98
Anexos	105

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A DIOS POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE REGRESAR A CUMPLIR MI OBJETIVO. GRACIAS PADRE POR LOS DONES QUE ME HAS BRINDADO.

A MIS PADRES POR CONDUCIRME A ESTA META, POR LAS OPORTUNIDADES, SU GUÍA Y SU ESFUERZO. GRACIAS JAVIER Y ANGELINA.

POR EL AMOR INCONDICIONAL

EDDY Y DENISSE GRACIAS POR EL TIEMPO QUE LES ROBE PARA QUE ESTE SUEÑO FUERA UNA REALIDAD.

POR TU AMOR Y PACIENCIA

EDUARDO AGRADEZCO TU APOYO, TU IMPULSO, POR CREER EN MÍ. GRACIAS POR CAMINAR A MI LADO, POR CONSEGUIR ESTE LOGRO.

POR AQUELLAS PERSONAS QUE ME ACOMPAÑARON A LO LARGO DE MI PREPARACIÓN. POR LOS AMIGOS DE HOY, POR LOS AMIGOS DE SIEMPRE. POR CONFIAR EN MI E IMPULSARME PARA PREPARARME Y SER MEJOR CADA DÍA. VERO, OSCAR, AURORA, PATY Y MARCO.

A MI QUERIDA UNIVERSIDAD CON GRAN ORGULLO DE PERTENECER A ESTA NOBLE INSTITUCIÓN, QUE ME ABRIÓ SUS PUERTAS BRINDÁNDOME LA OPORTUNIDAD DE FORMARME COMO PROFESIONISTA Y PARA SER UNA MEJOR PERSONA.

A MIS MAESTROS

GRACIAS POR SU TIEMPO Y SU DEDICACIÓN.

CON SU EJEMPLO QUE ME IMPULSA A SER UNA MEJOR PROFESIONISTA.

DR. ALBERTO CÓRDOBA ALCARAZ

DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO

LIC. BLANCA E. REGUERO REZA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue demostrar que la violencia intrafamiliar devalúa al individuo, agreda su autoestima hasta el hecho de querer atentar con su vida, esto a través de la aplicación de la escala de probabilidad de riesgo suicida SPS y un cuestionario de preguntas abiertas. Una vez detectado los casos severos se realizó una entrevista tanto con los padres como con los adolescentes afectados.

La escala de Riesgo Suicida, de los autores Cull y Gill, está compuesta por 4 subescalas que son: la Desesperanza, Ideación suicida, Evaluación Negativa del Self y la Hostilidad.

Se estudiaron 1169 adolescentes que se encontraban cursando el segundo año de secundaria tipo diurna, tanto turno matutino como turno vespertino. Esta muestra se tomó de cuatro secundarias diurnas del D.F. de las siguientes delegaciones delegaciones: Delegación Tlalpan Escuela Secundaria No.173 Ing. Yuri Gagary, Delegación Tlalpan Escuela Secundaria No.29 C. Miguel Hidalgo y Costilla, Delegación Coyoacán Escuela Secundaria No. 53 Profesor Manuel Delfín Figueroa, Delegación Venustiano Carranza Escuela Secundaria No. 64 Ing. José Calvo Saucedo.

Se encontraron 406 sujetos clasificados como leves que equivale al 34.7% de la población total, 539 sujetos como moderados equivalente al 46.1% y 224 sujetos equivalente al 19.2% como severos.

Los resultados obtenidos mostraron que se comprobaron las hipótesis de la investigación.

Como parte de los resultados se agregaron entrevistas con los adolescentes y sus padres.

INTRODUCCIÓN

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos.

Continuamente se ha considerado el acto suicida como una expresión de conflictos mentales de larga duración, un ejemplo de ello es la depresión. Sin embargo la mayoría de las ocasiones este fenómeno no siempre está relacionado con patologías mentales declaradas, sino que 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 acabaran con su vida, dejando repercusiones graves en el interior de su familia.

Hasta hace algunos años, el fenómeno del suicidio se presentaba en personas de edad adulta, con mayor incidencia, mientras que los suicidios en niños y adolescentes aparecían como hechos más raros, tristemente este fenómeno hoy día ha ido creciendo con mayor frecuencia dentro de la población infantil y adolescente, ya sea como tentativa o como suicidio consumado. (INEGI)

Se sabe que el suicidio es de carácter multifactorial ya que es producido por varias causas, entre las que se destaca el propio individuo y el medio que lo rodea; en el caso de los menores de edad, los factores más comunes son: el conflicto con los padres, conflicto con compañeros, bajas calificaciones escolares, problemas familiares, maltrato infantil y abuso sexual. Si agregamos a esos factores la intensidad de la inestabilidad emocional propias del adolescente, donde no se ha desarrollado un sistema para el control de sus impulsos, no se tolera la frustración de los deseos, actuando casi siempre por impulsos, y prácticamente en algunos casos no se tiene conciencia de que la

muerte es para siempre buscándolo como una forma de castigo para aquellos que lo incitaron a querer atentar con su vida, por ende tendremos como resultado cada día un mayor índice de suicidios en la población infantil y de adolescentes.

Hablando de suicidio en este la conducta agresiva va hacia el mismo individuo o también se puede manifestar hacia fuera con conductas delictivas que pueden poner en riesgo al individuo. La violencia por lo regular en estos casos empieza por el mismo hogar siendo víctimas de lo que se le denomina violencia intrafamiliar.

La violencia en el hogar desde siempre se ha manifestado ya que desde los aztecas las madres y las mismas autoridades aplicaban actos realmente violentos como pinchar en la lengua con una espina de maguey a los niños que mentían o los sacerdotes se flagelaban por actos que estos consideraban impuros y así se ha ido transmitiendo de generación en generación siendo Algo muy “normal” para la corrección de los miembros de la familia.

Por ende la violencia intrafamiliar es un problema social y de salud ya que las víctimas que la sufren en muchas de las veces recae en su salud física y emocional.

Para Bonino, (1991) el elemento básico para el maltrato no es la existencia de agresividad, sino la presencia de personas en desigualdad de poder: lo que quiere decir que siempre va a ser un potencial subordinado. Entre iguales puede haber agresión, violencia mutua, conflicto pero no maltrato. También señala que la “generalidad de las investigaciones sobre abuso, maltrato y violencia entre adultos en el espacio doméstico, indica que los varones representan a la casi totalidad de las personas ejecutoras del maltrato físico, emocional y sexual. Acciones que realizan con mujeres con las que mantienen un vínculo afectivo importante (Cit. Banda 2002).

Por lo antes expuesto es importante estudiar la predicción del riesgo suicida en adolescentes en relación a la violencia intrafamiliar, tratando de detectar los factores de riesgo que pueden provocar esta conducta.

ANTECEDENTES

Hablar de violencia intrafamiliar a menores aparece con el hombre mismo. Todas las civilizaciones lo han presentado y está íntimamente ligado a factores sociales, políticos y religiosos, esta relación obliga a ubicarnos en el contexto de la cultura que se trate, lo que resulta verdaderamente grave, ya que Aristóteles decía que un hijo era propiedad y nada de lo que se haga con la propiedad es injusto, por lo tanto no se reconoce el problema como maltrato, o bien en las sociedades china e hindú el infanticidio era un método de control de la natalidad y una forma de eliminar a niños recién nacidos con malformaciones físicas o daño cerebral por ser considerados instrumentos del mal, en algunas otras sociedades niñas eran sacrificadas por no contribuir a la economía familiar.

Existen algunos problemas en el individuo que pueden ser causados por el maltrato los cuales son los siguientes: Retraso en su desarrollo y crecimiento, baja autoestima y pérdida de la confianza con otras personas, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, bajo rendimiento escolar, agresividad y rebeldía, aislamiento, soledad y angustia, incapacidad para resolver los problemas sin violencia, búsqueda de afecto y aceptación por personas o grupos inadecuados, tendencia al alcoholismo o drogadicción, tendencia a cometer actos delictivos.

El artículo 19 de la convención sobre los Derechos del Niño establece que los países “tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas adecuadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, de traumatismos o de maltratos, de descuidos o tratamiento negligente, de maltrato o de explotación, en especial del abuso sexual, mientras se encuentre al cuidado de sus padres, del guardián legal o de cualquier otra persona que esté al cuidado del niño”.

A pesar de esto, el maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo. “En la región de América Latina y el Caribe, no menos de 6 millones de niñas, niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se desata

al interior del núcleo familiar” (UNICEF). Cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas.

Según definición de la Fundación PANIAMOR la violencia intrafamiliar es “cualquier acto u omisión llevado a cabo por miembros de la familia y cualquier condición resultante de estas acciones que priven a otros miembros de la familia de iguales derechos y libertades o que interfieran con su máximo desarrollo y libertad de elegir”.

A continuación se enumeran una serie de causales del maltrato infantil (clasificación no exhaustiva) al interior de las familias:

- La negligencia: desprotección, descuido y/o abandono
- Cambios en la estructura familiar: cuando se rompe el equilibrio del funcionamiento familiar se pueden dar casos de conductas violentas con los hijos.
- Malos tratos como forma natural y habitual de relacionamiento. Barudy distingue cuatro situaciones en las que se generan situaciones de violencia intrafamiliar:
 - a. Carencia de los padres de cuidados maternales en su medio social y familiar durante su infancia.
 - b. Carencia de los padres de una figura parental.
 - c. Carencias en la estructura familiar, alteraciones en la organización jerárquica de la familia.
 - d. Carencia de intercambios entre la familia y su entorno.

Los casos de abuso en niños y niñas, son 15 veces más probable de ocurrir en familias en las que la violencia familiar está presente (ONU, 2005).

Rodríguez, (1989) Se entiende también como maltrato la negligencia y el abandono.

Durante el periodo 2000-2004 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha venido atendiendo entre 20 y 25 mil casos de maltrato infantil cada año, o sea 68 promedio por día.

Tipo de maltrato	2002 ^a	2003 ^a	2004 ^b
Físico	31.0	29.2	23.7
Abuso sexual	4.9	4.4	3.8
Abandono	6.4	8.4	7.7
Emocional	20.6	27.0	21.1
Omisión de cuidados	23.2	27.7	27.6
Explotación sexual comercial	0.3	0.2	0.2
Negligencia	13.4	8.6	8.3
Explotación laboral	1.1	0.8	0.8

La organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), clasifica el maltrato contra niños y adolescentes en cuatro categorías: Maltrato Físico (uso de la violencia y otras acciones humanas que infligen dolor y son capaces de causar lesión o deficiencia en su desarrollo o funcionamiento), Sexual (cualquier acto sexual con un adulto sexualmente maduro), Emocional o Psicológico (interferencia negativa de un adulto en la competencia social de un niño, de manera que produce un patrón de comportamiento destructivo) y la Negligencia (privación de los recursos necesarios y socialmente disponibles, cuya falta crea riesgo de lesión). Las adolescentes de entre 12 y 16 años son quienes tienen mayor probabilidad de vivir violencia doméstica, indica el Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe, editado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2005).

SUICIDIO

Actualmente se ve como un escape y además como una muestra de cobardía e inmadurez; independientemente de esta concepción (que pudiera originar ciertas posiciones antagónicas) a todos debe preocuparnos este fenómeno ya que día a día se agudiza, (hace poco por la radio se mencionaba el hecho de que se ha incrementado este fenómeno en niños y adolescentes en más de un 3% en este año que pasó) a partir del deterioro social que se observa en todos los estratos y niveles, reflejo sin duda de un sistema disfuncional que ha roto el equilibrio económico y que está propiciando inestabilidad en todos los campos humanos y de la educación.

El suicidio es un fenómeno muy complejo de origen multicausal, que estado presente en todas las épocas y culturas, pero su concepción patológica apareció en la primera mitad del siglo XIX con los psiquiatras franceses (Esquirol 1838).

Las teorías sociales, psicológicas y psiquiátricas, nos mencionan un acto extremo de individuo cuya meta es la muerte a través de un acto lesivo, si el sujeto sobrevive se considera como un intento suicida. Debemos estudiarlo tomando en cuenta “la idiosincrasia de los grupos sociales y los diferentes factores que influyen, tales como: sentimiento de derrota (Krauskopf, 1992), baja tolerancia a la frustración, sentimiento de desesperanza, violencia doméstica (Espinoza, 1995), trastornos del afecto, problemas entre los padres, entre otros.”

En nuestra sociedad actualmente pocas son las escuelas y desgraciadamente poco los maestros que han entendido y aceptado el compromiso de ir más allá del discurso pedagógico e incorporando o intentando hacer aquellos conocimientos (Volantes) que permitan a los estudiantes enfrentar los retos que cotidianamente se presentan, apoyándoles para fortalecer su autoestima, haciéndolos personas más reflexivas estimulando su creatividad y tomando de alguna manera la responsabilidad que anteriormente era exclusiva de los padres pero que no se cumple en su totalidad.

La importancia de los valores; sobre esto Savater comenta el hecho de que anteriormente la familia se encargaba de educar y la escuela de instruir y que hoy la escuela tiene que retomar aquello que los padres por ignorancia, pobreza de espíritu, falta de tiempo no hacen ya que dan mayor importancia a sus actividades cotidianas sin percatarse de las necesidades primarias de sus hijos y que por descuido no son capaces de transmitir.

El suicidio como todo fenómeno humano ha sido estudiado por especialistas de todas las áreas del conocimiento y cada una de ellas intenta dar una interpretación segmentada de lo que puede tener un origen multifactorial, sin embargo, resulta interesante conocer el punto de vista de los biologicistas quienes consideran que existe una correlación entre las bajas concentraciones de 5 – ht (serotonina) y sus derivados en algunas regiones cerebrales (esto surge por las observaciones realizadas en cerebros de personas que se han privado de la vida y/o pacientes con depresiones severas y problemas de orden afectivo) los estudios también se encaminan en encontrar la respuesta en los niveles de colesterol, hormona prolactina, enzima monoaminooxidasa y otras sustancias químicas humanas.

Otra explicación se basa en que los presuntos suicidas sufren alteraciones mentales que los orillan a cometer este acto.

Blumenthal (1999) menciona cinco áreas vulnerables que estimulan al suicidio:

- a. Trastornos psiquiátricos;
- b. Alteraciones de personalidad;
- c. Factores psicosociales y ambientales;
- d. Variantes genéticas y

Factores biológicos. Otros científicos señalan más de 50 factores entre los que se destacan: el sexo (las mujeres lo intentan más que los hombres); la edad (mayores de 45 años); el estado civil (más solteros, viudos y divorciados) la residencia (más en ciudades y en especial en barrios pauperizados) época del año: se incrementa en primavera; los días de la semana son los intermedios y las horas más comunes son por la tarde y noche; la familia (se incrementa

cuando hay una historia familiar similar); biología (pocos aportes de serotonina), etc.

En México los cinco primeros causales de suicidio (datos del año 2007) son: 1º. Conflictos intrafamiliares; 2º. Enfermedades incurables (probablemente el SIDA esté contribuyendo a esto); 3º. Causas amorosas; 4º. Problemas económicos y 5º. Alcoholismo o consumo de drogas.

Es interesante también tomar en cuenta algunos signos de conducta que los suicidas en potencia presentan en sus relaciones familiares y sociales:

- Agresión sin causa aparente.
- Cambios de conducta muy evidentes (comen o duermen demasiado; comen o duermen muy poco).
- Descuido personal.
- Verbalizaciones acerca de que la vida no vale la pena ser vivida, simpatizar con la muerte.

Independientemente de las causas y de las estadísticas que se han realizado al respecto, es necesario hacer una observación de este fenómeno ya que la realidad supera en mucho las cifras establecidas.

Para el año 2000 la O.M.S. consideró que la población total de adolescentes en América ascendió a 224.4 millones. Y es preocupante ya que el suicidio se ubica dentro de las primeras cinco causas de muerte entre la población adolescente de América, donde el suicidio consumado es más frecuente en varones, mientras que en mujeres es el intento suicida.

Se menciona además que es 20 veces más frecuente que los adolescentes logren consumar un suicidio a que lo hagan los niños, y también son 9 veces más propensos ellos que los menores de 12 años a pensar en hacerlo.

La ideación o el intento suicida representan el riesgo más importante en salud mental. Estudios prospectivos sugieren que adolescentes que han experimentado la muerte por suicidio de un par, tienen un mayor riesgo de presentar desórdenes depresivos y estrés post traumático (Bent, 1996). Otros

estudios demuestran que los adolescentes con síndrome de estrés post traumático presentan además depresión, ansiedad y pobre ajuste social.

Otros datos refieren que los jóvenes con parientes que se han suicidado o lo han intentado, muestran manifestaciones clínicas notables: depresiones y problemas disruptivos de conducta. En las familias, luego de un intento suicida, se

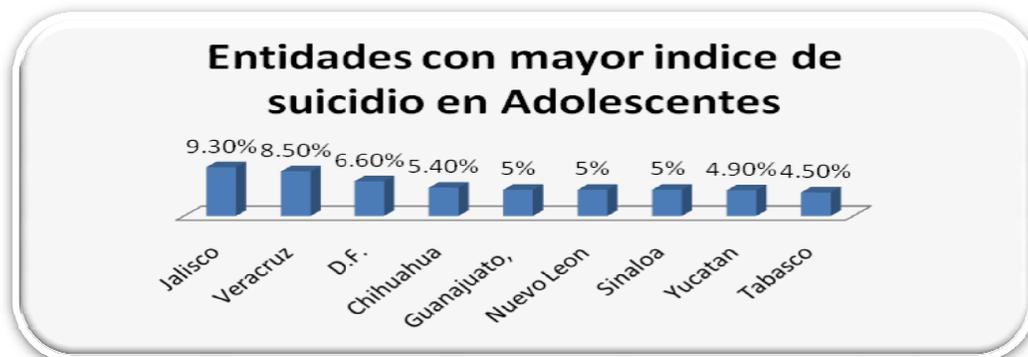
reporta que algún miembro joven presenta ideación suicida, estrés post traumático

entre moderado y severo (Fristad *et, al.* 1993).

“En México han aumentado de manera preocupante los suicidios en niños y adolescentes, advirtió Chávez (2007).

Datos vertidos en las Estadísticas de intento de suicidio y suicidas 2004 editado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), precisan que en el año 2003 ocurrieron en el país 3mil 327 suicidios. Estas cifras significaron un incremento de 3.6 puntos porcentuales en referencia a lo indicado en 1995.

Según datos oficiales, precisó, en los casos registrados por entidad federativa, destacaron Jalisco, con 9.3 por ciento; Veracruz de Ignacio de la Llave, con 8.5; el Distrito Federal, con 6.6; Chihuahua, con 5.4, Guanajuato, Nuevo León y Sonora, con 5 por ciento; Yucatán, con 4.9 y Tabasco, con 4.5 por ciento.



El ahorcamiento, el uso de armas de fuego y los fármacos, son las formas más comunes del suicidio. Así mismo, las personas con un bajo nivel cultural y educativo tienen una mayor frecuencia de estas ideas puntualizó Valero.

Con la panorámica anterior, queda clara la importancia de descifrar a tiempo los factores de riesgo que pueden incidir en la ideación suicida a los jóvenes adolescentes.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente estamos viviendo un mundo muy acelerado donde la inestabilidad política, los problemas socioeconómicos, la constante discrepancia entre los valores tradicionales y los nuevos, la violencia a todo nivel, la deserción escolar, el narcotráfico, el deterioro ambiental, entre otros; hacen que la vida del adolescente se ubique en parámetros de alta vulnerabilidad

“Existen factores genéticos y biológicos que condicionan pobre control de impulsos, problemas en el metabolismo de la serotonina, factores psicológicos como la desesperanza, abandono afectivo y la violencia”. Callahan y colaboradores (1995).

“Mencionan además que es 20 veces más frecuente que los adolescentes logren consumar un suicidio a que lo hagan los niños, y también son 9 veces más propensos ellos que los menores de 12 años a pensar en hacerlo”.

Muchas personas no aceptan que jóvenes en pleno desarrollo y con tantas cosas por vivir puedan tomar una determinación por demás trágica, sin embargo mas allá de una percepción un tanto superficial del hecho, debemos admitir que los adolescentes, en especial atraviesan por una crisis existenciales bastante severa y si a esto se le agregan otros factores como una deficiente comunicación con los padres, la desintegración y/o violencia intrafamiliar, la doble moral que prevalece en torno a la autoridad (haz lo que yo digo y no lo que yo hago), la influencia negativa de algunas amigos, las faltas de oportunidades para estudio y/o trabajo, la carencia con Valores los enamoramientos poco satisfactorios, etc.; Elaboran una mezcla verdaderamente fulminante que al no tener los elementos para enfrentarla, es casi lógico que culmine con un ideación suicida.

Es necesario estudiar los efectos que tiene la violencia intrafamiliar en jóvenes adolescentes como ideación suicida para establecer medidas de cómo mejorar

la comunicación entre padres e hijos; por medio de un taller que se impartirá con la finalidad de abrir un abanico de posibilidades de ayuda y apoyo psicológico para la madre en sus relaciones personales principalmente entre ellos.

CAPITULO 1

LA ADOLESCENCIA

1. 1 DEFINICIÓN

La adolescencia es una etapa por lo más difícil ya que es una transición de la niñez al estado adulto, es un periodo de transformación. Durante este proceso se establecen y se definen las relaciones sociales significativas, se circunscriben los límites morales, se adquieren las destrezas físicas e intelectuales que definirán el resto de la vida y, sobre todo, se conforma el mundo interno mientras el cuerpo despliega crecientes ajustes hormonales. Muchas culturas difieren al determinar la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas.

“La adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre la niñez y la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el periodo de la vida en el cual se adquiere capacidad reproductiva, cambian los rasgos psicológicos de la niñez y se consolida la independencia socio-económica.”

La palabra *Adolescer* viene del latín “*adules cents* (hombre joven), como participio activo de *adolescere* (crecer). *Adolescer* del latín *ad(a)* y *adolescere* de *doleré* (*doler*) cuyo significado es caer enfermo o padecer alguna enfermedad habitual y tratándose de afectos, pasiones, vicios o malas cualidades, tenerlos o estar sujetos a ellos. También causan dolencia o enfermedad.” (Diccionario de la lengua española (*cit.*, Carvajal 1993)

El origen de dichas palabras da una connotación de crecimiento, perdiéndose en el tiempo el significado de dolor, de vicios y pasiones irreductibles.

El proceso de adolescencia se inicia con un periodo denominado pubescencia que es una etapa de crecimiento rápido y maduración de las funciones reproductivas. (Papalia, 1995)

Se le denomina etapa puberal, porque coincide con los cambios físicos de la pubertad, en dicha etapa el niño comienza a transformar su cuerpo hacia un modelo adulto, debido a los cambios hormonales y el mandato genético. En la

mujer es la primera menstruación o menarca y en el hombre la primera eyaculación nocturna o primera polución. Durante este periodo ya se han presentado algunos cambios físicos muy sutiles. Los cambios físicos que los niños presentan también van acompañados de cambios psíquicos menores, anunciando el inicio psicológico de la adolescencia. Ninguno de estos cambios son al azar ya que vienen desde lo interior y están conducidos por la genética (Carbajal, 1993).

Aunque hay gran irregularidad en la aparición, duración y terminación de la adolescencia la edad cronológica no es un criterio valido para la madurez física ya que entre chicos de la misma edad pueden encontrarse algunos más desarrollados que otros, esto se debe al ritmo variable de los cambios fisiológicos lo cual origina el crecimiento individual; existen niñas que pueden presentar la menarca desde los 10 años y otras hasta los 16. Las mujeres se desarrollan antes que los hombres, alcanzando más altura entre los 9 y los 12 años, mientras que los chicos presentan este desarrollo entre los 11 y los 13 años que se acelera el crecimiento de su altura. Otros autores dicen que la pubertad inicia con la aparición de los primeros pelos en las áreas genitales de los niños (as) a lo cual la pubertad significa en latín Pubesere, cubrirse de pelo.

1. 2 CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA

Son muchos los cambios observados durante la adolescencia ya que existen algunos problemas en el desarrollo individual el cual puede ser disparaje entre los hombres de la misma edad, y por ende se presentan situaciones de forma competitiva que requieren de cooperación social y mental y no todos han llegado al desarrollo adecuado de sus capacidades, por lo que el adolescente esta agrupado en muchachos de la misma edad cronológica, pero hay diferencias en el desarrollo físico e intereses. El efecto de esta situación es que el adolescente tiende a actuar “como si” imitara y hace lo que los demás esperan que haga y sucede así para que el siga perteneciendo al grupo. Cabe mencionar que “las características físicas que indican madurez en los niños se citan a continuación (Mancilla, 2001).

En los niños

- Vello en genitales
- Desarrollo genital
- Cambio de voz
- Vello facial

Y en las niñas:

- Aparición de vello genital
- Desarrollo de los senos
- Variaciones del ciclo menstrual

De acuerdo con Knobel ambos adolescentes pueden pasar por periodos de ansiedad debido a estos cambios corporales, los cuales producen sentimientos de extrañeza e insatisfacción, ambos producen despersonalización porque se presenta una incoordinación muscular, su aspecto es desmarañado y afondongado, se perciben diferentes a los familiares que lo rodean. (Mancilla, 2001)

El papel primordial en el mecanismo de aparición de la pubertad lo desempeña el hipotálamo.

Los primeros vellos púbicos marcan sin embargo el comienzo de la pubertad y aparecen antes de que comience el verdadero desarrollo de las gónadas. Su aparición parece debida a los andrógenos segregados por la corteo-suprarrenal bajo la influencia de la hipófisis; señala pues, el comienzo de la nueva actividad hormonal de la adolescencia (Belgas, 1974).

El comienzo por tanto, de la pubertad se encuentra, al fin dirigido por la secreción, por obra de los centros hipotalámicos, de los releasing factors. Estos últimos determinan, en efecto la producción de la gonadotropinas los cuales van a conducir al organismo a la maduración funcional del sexo que le es propio. (Belgas, 1974).

Para Godin, “la pubertad comenzaría de ordinario hacia los once años para las chicas y hacia los doce para los chicos”; Lohn, “el comienzo sería hacia los

once y los trece respectivamente”. Según Tenner, “la pubertad puede comenzar entre los nueve y los diez años en las niñas o bien retrasarse hasta los quince años; en los niños puede ir desde los once años hasta los diecisiete o dieciocho años” (*Cit.* Belgas, 1974).

Para muchos autores la pubertad puede iniciar en edades tempranas o bien tardías esto también depende de la cultura y de la genética el estado socioeconómico ya que si un niño que este bien alimentado posiblemente presentara cambios a temprana edad también siempre y cuando los padres hayan presentado dichos cambios a temprana edad.

Hablando de los factores socioeconómicos “la prueba más evidente es que en ciertas regiones de México; las chicas de las clases sociales acomodadas tienen su reglas diez meses antes, como término medio, que las de las clases pobres. Esta aceleración del desarrollo humano debe atribuirse, por lo que parece, a las sociedades llamadas de consumo, una alimentación suficiente y bien equilibrada, el amplio uso de vitaminas, la desaparición de ciertas enfermedades infecciosas al amparo de la superpoblación y la promiscuidad (Belgas, 1974).

EL ruido, la gran publicidad, las luces de la ciudad, la radio, la televisión multiplican los estímulos visuales auditivos y también afectivos. El hipotálamo es quien dirige la orquesta de la pubertad, está en relación con la corteza cerebral que integra las diversas sollicitaciones del entorno (Belgas, 1974).

En respuesta a los altos niveles hormonales masculinos y femeninos, comienzan a aparecer signos externo de maduración sexual característicos de hombres y mujeres. El desarrollo resultante es – pechos, engrosamiento de la voz y crecimiento de vello corporal y púbico, lo mismo que de pelo en el rostro- se llaman características secundarias. El crecimiento de vello púbico en ambos sexos y el pecho en ciernes (protuberancia ligera bajo los pezones) en las niñas son por lo común los primeros signos de la pubertad, siguiendo a esto “un crecimiento repentino lo cual es ocasionado por un aumento de hormonas sexuales, las hormonas del crecimiento y una tercera sustancia, llamada factor

uno de crecimiento parecida a la insulina". Este crecimiento termina nuevamente bajo la influencia de las hormonas sexuales las cuales envían señales para detener el crecimiento de los huesos. Los genitales externos también sufren un crecimiento; el pene y los testículos aumentan de tamaño en los niños; y en las niñas se vuelven más grandes los labio vaginales (Belgas, 1974).

Bajo la influencia de las hormonas, los órganos internos de ambos sexos experimentan un mayor desarrollo durante la pubertad. En las chicas, las paredes vaginales se hacen más gruesas y el útero se agranda y se vuelve más musculoso. Cambia el pH, de alcalino a ácido, a medida que aumentan las secreciones vaginales y cervicales en respuesta a la condición cambiante de las hormonas. Por último comienza la menstruación. Los primeros periodos menstruales por lo general son irregulares y se dan sin ovulación, en ocasiones estas irregularidades pueden ser por varios años antes que los periodos se vuelvan regulares y predecibles (Crooks, 2000).

Como se ha visto anteriormente los cambios fisiológicos que las niñas sufren destaca el papel que juega la primera menstruación, por lo general esta es anunciada de manera correcta por el ambiente. Sin embargo con mucha frecuencia no hay una información adecuada y la primera hemorragia tiende a tomar por sorpresa a la adolescente y por lo tanto descontrola severamente a las mismas (Carvajal, 1993).

Las relaciones psicológicas a esta menarquía son variadas en los púberes, que va desde el orgullo hasta la vergüenza pasando por la incomodidad o la sensación de suciedad.

A ella se acompaña excitaciones normales de la zona genital que de no ser concientizadas de manera adecuada pueden generar el síndrome premenstrual con cólicos psicógenos a veces irreductibles (Carvajal, 1993).

Para el varón la menstruación siempre será un misterio de muy difícil de comprender como lo es la eyaculación para este, existe una tendencia universal al rechazo de lo menstrual por parte de ambos sexos y puede asta

llegar a ser motivo de burla y de graves agresiones en el trato de ambos grupos (Carvajal, 1993).

Dentro de la etapa de la pubertad también ocurre cambios importantes refiriéndonos así a la maduración la cual se refiere a un proceso de crecimiento que ocurre con relativa independencia del ambiente; este desarrollo atañe a la interacción entre los procesos de maduración y las influencias ambientales que llevan a la estructuración de variaciones individuales del aparato psíquico. (Belgas, 1974).

Dado que el ambiente primario del individuo es creado por los padres naturales, que transmiten a los niños las normas de la cultura en que viven, los factores genéticos y ambientales se entrelazan entre sí, y “encadenándose unos con otros forman una unidad etiológica inseparable” –como dice Freud.

En las civilizaciones industrializadas la dinámica familiar tiende a complicarse ya que los padres están ansiosos por mantener y destacar su propia individualidad en sus relaciones mutuas, se inclinan a minimizar las diferencias en el papel del padre y de la madre con respecto a los hijos, a menudo los padres acortan la distancia entre ellos y los niños. Así los modernos padres renuncian, con frecuencia demasiado pronto a sus derechos y responsabilidades de guiar al niño, dejándolo librado a sus propias decisiones, lo cual lo confunden acerca de sus poderes y limitaciones (Alexander y Roos, 1978).

1.3 TRADICIONES

Como ya se mencionado con anterioridad en muchas culturas difieren en cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas

En México la transición de la adolescencia a la edad adulta de las mujeres se festeja con la fiesta de quince años. Es una creencia errónea que celebrar los quince años signifique que la festejada pueda tener la madurez para contraer

matrimonio. Más bien, que las chicas pueden presentarse como adultas en eventos sociales apropiados. En realidad, la celebración como es ahora es una adaptación al Cristianismo de la Ceremonia de la Mujer Azteca. Desde antes de la conquista, los Aztecas celebraban a las niñas que llegaban a la madurez.

En la tradición judía se considera que los varones son miembros de la comunidad adulta a la edad de 13 años y de las chicas a la edad de 12, y esta transición se celebra mediante un ritual, llamado "Bat Mitzvah" para las mujeres, y el "Bar Mitzvah" para el varón.

1. 4 TEORÍA FREUDIANA

Freud (1905) postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo en el niño, con la que pretendía explicar también la construcción de una personalidad normal o anormal en el mismo la cual se muestran 4 fases a continuación:

Fase fálica: en ésta es donde, Sigmund Freud postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo en el niño, con la que pretendía explicar también la construcción de una personalidad normal o anormal en el mismo.

- *Fase oral:* según Freud, el desarrollo sexual se inicia con esta fase o etapa, caracterizada porque el niño obtiene una máxima satisfacción al mamar el pecho materno, en esta etapa también explora llevándose todo a la boca como forma de conocimiento durante el primer tiempo de vida y luego el placer lo encuentra mordiendo.
- *Fase anal:* se divide en expulsiva y retentiva, primero ve placer en expulsar y luego en retener (va desde el año y medio aproximadamente hasta los 3 años).
- *Fase fálica:* en ésta es donde está el conocido *complejo de Edipo* y se conforma el *super yo*, solo entran en juego los genitales masculinos (*falo*)

- *Fase latente o de reposo*: después se inicia la última fase del desarrollo, la genital, con el interés centrado en los órganos sexuales.

La alteración de una de estas fases conduce, según la teoría de Freud, a la aparición de trastornos específicos sexuales o de la personalidad. Con el paso del tiempo, algunas de las tesis postuladas en su teoría del psicoanálisis han sido rechazadas, en especial sus teorías sobre la *envidia del pene* y sobre la vida sexual de la mujer.

1. 5 ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Carbajal, (1993) distingue 6 diferentes tipos de adolescencia:

ADOLESCENCIA AMPUTADA: En este tipo de adolescencia el individuo se ve impedido, privado, coartado, **amputado** de manifestar en forma directa sus conflictos esencialmente adolescenciales.

La carencia de capacidades yoicas, producida por no tener oportunidades educativas y de desarrollo de sus potenciales (dada la inclemencia del medio que le rodea), le anulan las manifestaciones del proceso adolescencial al que está sometido inexorablemente.

Un buen ejemplo sería el de los chicos campesinos los cuales son obligados a abandonar el juego infantil el cual es remplazado por un azadón. En un sinfín continuado transcurren la infancia, pubertad, adolescencia y adultez, convirtiéndose en un anciano a los 40 años de edad. Así a los 5 años juegan a labrar la tierra. A los 15 años la tratan con violencia de su rebelión interna. De los 20 años en adelante trabaja en sometida paz. EL proceso se ha inhibido y las manifestaciones adolescenciales sean amputado. Muchos hospitales mentales están llenos de adolescentes campesinos atrapados en las más severas crisis esquizofrénicas.

ADOLESCENCIA EN CONDENSACIÓN SIMBÓLICA: la cual consiste en consensar la situación adolescente en un hecho o ritual simbólico, el cual al ser ejecutado permite la descarga total de la tensión contenida, producida ésta por la no realización conductual. El mito, el rito y el simbolismo reemplazan a la acción directa del deseo o necesidad. Los ritos y la rigidez de los patrones culturales, avalados por una concepción religiosa y moral, permitían condensar un simbólico acto toda la problemática adolescente que solo era vivencial en pequeñas manifestaciones de rebeldía o acollaramiento, reprimidas superyoicamente desde adentro y desde afuera del individuo en un proceso de cambio.

ADOLESCENCIA EXUBERANTE: en este tipo de adolescencia el chico tiende a actuar directamente lo que le conflictúa en su mente no ahorra comportamientos, modas o expresiones que dejen ver su inconformidad o su deseo, este se convierte en el paradigma de lo conflictual social cuando se excede en su presentación. Dentro de este tipo de adolescencia puede aparecer alta represión y confusión de lo sexual lo cual con frecuencia puede manifestar promiscuidad y desórdenes afectivos. Puede existir exigencias escolares e intelectuales más de lo normal, con ideas narcisísticas de los padres no correspondientes a las verdaderas posibilidades del individuo, las cuales provocan severas crisis de identidad. Altos niveles de autoritarismo y pretensiones de un manejo del adolescente con modelos infantiles, generan crisis de autoridad.

ADOLESCENCIA ABORTADA: Ésta depende de un manejo intrapsíquico de las vicisitudes del sujeto en sus propios cambios. Se encuentran conductas fijas como el aislamiento y la introversión libidinal, llevando a generar una incapacidad para continuar un desarrollo normal de su crisis. Duelos no realizados sobre la infancia perdida, por la identificación con los padres, grandes represiones en la sexualidad, anorexia nervosa entre otras patologías como cuadros obsesivos o psicosis.

El término abortada corresponde a una adolescencia que no se fraguó y que impidió a su vez dar a luz un adulto más o menos integrado. Permite que quedara petrificado un feto adolescente inmóvil, que posteriormente se

convertirá en el centro de la actividad caracterológica defensiva del adulto, con características patológicas problematizantes de su vida, de su capacidad de goce y ante todo, de su capacidad de relacionarse sanamente en pareja. Aun cuando basada con frecuencia en conflictos infantiles se trata de una patología generada en la adolescencia.

ADOLESCENCIA COMO UN ESTADO MENTAL: en Este grupo adolescentes tiende a acumular gran cantidad de títulos de estudio universitarios pero no son capaces de ejercer un rol laboral (y por lo tanto social) definido.

ADOLESCENCIA TARDÍA: Una variante menor (y de menos gravedad) de la adolescencia abortada es la adolescencia tardía. Consiste en un cuadro de manifestaciones adolescenciales que aparecen en etapas cronológicas posteriores a lo esperado por promedio de edad. Son los jóvenes en los cuales observamos la conflictualidad dinámica de la adolescencia abortada pero que han podido superar el impase y han logrado, aun cuando de forma tardía, avanzar en su proceso adolescencial. Los vemos por ejemplo, latentes en su constelación interna cuando ya tiene cuerpo y edad para ser adolescentes puberales. Se observan ingresando al segundo periodo de adolescencia nuclear a la edad de 17 ó 18 años, época en que ya deberían estar en el tercer periodo de adolescencia juvenil. Estos chicos son de alto riesgo patológico y deben de ser asistidos analíticamente para debelar la dinámica de su lento progresar de su adolescencia.

Para Carbajal, existen a su vez diferentes etapas y crisis dentro de la adolescencia las cuales son las siguientes:

ETAPA PUBERAL: dentro de esta etapa se visualiza por un rompimiento masivo con los fenómenos infantiles y un aislamiento del mundo externo en general.

ETAPA NUCLEAR: Esta se caracteriza por la instalación efervescente de las características que en general se da en la adolescencia hay en ella una primacía de lo grupal.

ETAPA JUVENIL: Se caracteriza por un período de transición el cual es un modelo de funcionamiento adolescente, a un comportamiento similar al del adulto.

Carbajal (1993) distingue que dentro de estas etapas también existen diferentes tipos de crisis las cuales se presentan a continuación:

CRISIS DE IDENTIDAD: consiste en la necesidad del adolescente de ser el mismo, de tratar de definir su Self y sus objetos y adquirir algo que lo diferencie del niño y del adulto, para romper la independencia infantil y lograr una independencia madura.

CRISIS DE AUTORIDAD: En esta crisis existe un enfrentamiento con todo lo que significa norma o imposición de modelos generado por los adultos y también de todo lo superyoico que no logró en la niñez internalizarse en el self.

CRISIS SEXUAL: Consiste en la aparición de un nuevo modelo psicológico para el manejo de los impulsos libidinales.

SÍNDROME DE LA ADOLESCENCIA NORMAL

Por su parte Aberastury, Knobel, (1999) describe el síndrome de la adolescencia normal, señalando que el proceso de duelo es básico y fundamental, por lo cual la estabilización de la personalidad no se logra pasar sin pasar por un cierto grado de conducta patológica, que según Knobel debemos considerar inherente la evolución normal de esta etapa de la vida. El concepto de normalidad no es fácil de establecer, ya que en general varía en relación con el medio socioeconómico político y cultural, por lo que se puede decir también que la normalidad se establece sobre las pautas de la adaptación al medio y que no significa sometimiento al mismo sino a la capacidad de usar dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en la interacción con su comodidad.

Para Merlo (cit. Aberastury, Knobel, 1999) la personalidad bien integrada no es siempre la mejor adaptada pero tiene, si, la fuerza interior como para advertir el momento en que una adaptación temporaria del medio puede estar en conflicto con la realización de objetivos básicos, y puede también modificar su conducta de acuerdo con sus necesidades circunstanciales. Este es el aspecto de la conducta en que el adolescente en términos generales puede fallar. Ana Freud señala que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que es realidad toda la conmoción de este periodo de la vida debe ser estimado como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolesencial. Las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aun persisten. Los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas, de tipo psicopático fóbico o contrafóbico maniaco, esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias. Es por ello que Knobel habla de una verdadera "patología normal" del adolescente, en el sentido en que precisamente este éste exterioriza sus conflictos de acuerdo con su estructura y sus experiencias.

1.6 TEORÍA DE ERICKSON:

Por otra parte existen diversas teorías que hablan acerca del desarrollo del individuo entre las cuales destaca la teoría de Erickson.

- Adolescencia: Periodo entre los 10 y 19 años, los cambios biológicos de la pubertad dan origen a respuestas psicológicas; el adolescente se separa en forma progresiva de la familia y se plantea el tema de la propia identidad.
- La "identidad" es definida por Erickson como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo. El sentido de la propia identidad se traduce en decisiones al final de la adolescencia con respecto a elecciones vocacionales y de pareja. Si

esta consolidación no se logra, Erickson habla de “confusión de identidad”.

➤ Etapa del adulto joven: Periodo entre los 20 y 40 años, constituye el de mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social. Generalmente, es el periodo de formación y consolidación de relación de pareja. Para Erickson el logro central de esta etapa es la capacidad de “intimidad” con el otro, y el riesgo más serio es el del “aislamiento”.

➤ Etapa madura o adultez media: Periodo entre los 40 y 65 años; según Erickson se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de “generatividad” la de quienes saben cuidar el desarrollo de los demás, sean los propios hijos o a las generaciones más jóvenes. La conciencia de la propia mortalidad, empieza a surgir en forma cada vez más real, ya sea a través de las señales físicas externas del paso del tiempo (calvicie, arrugas, etc.) o a través de los primeros signos de enfermedades crónicas del adulto (diabetes, hipertensión, etc.).

Cuando este periodo no es enfrentado exitosamente, suelen surgir conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas, o cuadros ansiosos o depresivos crónicos.

1. 7TEORÍA COGNITIVA:

Otra de las teorías importantes es la teoría de Piaget la cual descubre los estadios del desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. PIAGET divide el desarrollo cognitivo en cuatro periodos importantes:

<u>Etapa de las Operaciones Concretas</u>	7-11 años
Los <u>procesos</u> de razonamiento se vuelen lógicos y pueden	

<p>aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de <u>conjuntos</u> y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y <u>velocidad</u>.</p>	
<p><u>Etapa de las Operaciones Formales</u></p> <p>En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de <u>la personalidad</u>, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.</p>	<p>11 años en adelante</p>

CAPITULO 2

EL SUICIDIO

2. 1 LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente (Levy y Deykin, 1989), que refleja el grado del conflicto interno; frecuentemente se ha asociado con desesperanza y la baja autoestima (Kiernhoorsn, De Wilde, Van Den Bout, Diekstray Wolters., 1990). Es importante señalar que la ideación suicida es más frecuente que el intento de suicidio (Kosky, Silburny Zubrick, 1990).

En las poblaciones estudiantiles, la ideación suicida parase ser muy frecuente, desde un 54% hasta un 62.6% en jóvenes universitarios (Meehan y Cols, 1992 y Crawford., 1986). Se ha llevado un consenso cada vez mayor acerca de que la ideación suicida aumenta con la edad, alcanzando su pico en la adolescencia (Garrison., 1989; Cit. en Vega, 1993). Además existen evidencias sobre el efecto de actitudes disfuncionales como desesperanza y depresión así como el consumo de alcohol y drogas (Beck,1993a y 1993b).

Una época de riesgo para cometer intento de suicidio es la adolescencia, debido a los cambios que experimenta el adolescente (Pinto y McCoy, 1997, González Forteza, Jiménez y Gómez 1995., Capuzzi Golden 1988), representa un tiempo difícil lleno de contratiempos y desafíos, así como el momento para adquirir habilidades que le permitan enfrentar la vida. Blos (1981) afirma que existe cierta semejanza entre los trastornos adolescentes y los pacientes que atraviesan periodos de duelo por problemas amorosos, debido a que el equilibrio interno alcanzado durante la niñez, se debe abandonar para permitir la integración de la personalidad adulta, lo cual establece una perdida y con ello el desajuste que puede conducir a la manifestación de múltiples alteraciones conductuales. (Loza, 1998)

Se sabe que el estrés es una señal de alarma que ocurre cuando algo está rompiendo el equilibrio o saliéndose de control, debido a esto es que ante la presencia de un suceso estresante, probablemente se presente una reacción fatal por parte del individuo. (Loza, 1998)

La ideación suicida también puede surgir en los adolescentes particularmente en los varones testigos de violencia entre sus padres, los hallazgos en esta área son consistentes con lo que en las familias conflictivas o abusadoras, un adolescente puede encontrarse bajo una presión tan intensa, ya sea como

abuso directo o como testigo de abuso, que él o ella pueden ver dos medios de escape; el suicidio o el homicidio. (González, 2000)

Entre los menores de edad el suicidio consumado es raro, pero el intento de quitarse la vida o agredirse físicamente no lo es tanto, a partir de la llegada de la pubertad, existen datos que permiten suponer un aumento en su frecuencia. Se puede afirmar que la conducta suicida abarca entre otras: las ideas de muerte, la ideación suicida, el intento de suicidio. El suicidio consumado y el intento de suicidio aumentan durante la adolescencia y alcanzan su clímax poco antes de los veinte años de edad. En los Estados Unidos de América el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia y la segunda entre adultos y jóvenes, en México es menos común, pero su verdadera frecuencia no es del todo conocida ya que muchas familias prefieren presentarlo como accidentes con el objeto de evitar las críticas y el rechazo social. (Sauceda, 1998).

Hoy en día los adolescentes y los jóvenes enfrentan serios problemas como el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios entre otros. Unos de los peligros para la salud relacionados con la vida sexual y con la reproducción, son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que adquiere especial gravedad ya que ha aumentado e l número de adolescentes con este virus.(García, y Figueroa-Perea,1992)

2. 2 CONDUCTA SUICIDA PREVIA

El mejor predictor de muerte por suicidio son los intentos previos ya que más del 40% de los que intentan suicidarse lo han hecho en varias ocasiones de estos el 14% aproximadamente terminan por suicidarse (Diestra, 1989).

Dentro de la conducta suicida se encuentra un continuo que puede ser:

1. La ideación suicida.
2. Rasgos suicidas.
3. Intentos de suicidio.
4. Suicidio consumado.

Así se plantea que una persona no se encontrará en el extremo de este continuo si no ha pasado primero por las conductas riesgosas antes mencionadas. Sin embargo este modelo es cuestionado por Robins (1989),

quien menciona que existen diferencias entre los que intentan el suicidio y quienes lo consuman estas diferencias pueden ser el sexo, método de suicidio, deseo de muerte, letalidad, etcétera. Ya que muchos adolescentes que lo intentan lo hacen como una forma de pedir ayuda o llamar la atención y no tenían la intención sincera de morir. Es importante mencionar que la comparación entre quienes reportan ideación suicida y quienes intentan matarse se pueden detectar diferencias (Garland y Zingler, 1993).

Esa importante señalar que varios estudios reportan que el lugar más frecuente para el intento de suicidio y suicidio consumado es la casa habitación: en particular, la recamara con alto predominio en las zonas urbanas más densamente pobladas. (Gutiérrez y Solís, 1989).

La adolescencia normal según se ha visto, implica un remolino emocional, a menudo un grado por debajo de la patología, El comportamiento suicida en adolescentes puede entenderse como un espectro continuo de conductas que incluye desde la conducta no suicida, las ideas suicidas los intentos de suicidio y el suicidio (Pfeffer 1991 Cit. en González, 2001).

Poldinger (1968) estableció tres etapas en el proceso suicida:

1. Etapa de la consideración de la idea suicidio, cuyos factores psicodinámicos principales serían: la agresión reprimida y el aislamiento social.
2. Etapa de lucha: Tanatos vs. Eros. En esta etapa son comunes las amenazas verbalizadas o directas del suicidio. En esta etapa puede significar el pedir ayuda, la cual sería como una válvula de escape.
3. Etapa de decisión del suicidio en esta aparecen amenazas no verbales (o indirectas), tales como los preparativos suicidas: la llamada "calma (sintomática) antes de la tormenta". Luego de esta calma o de estos preparativos el sujeto ejecuta la tentativa suicida.

Los gestos suicidas se consideran como intentos menores (arañarse las muñecas, ingerir unas cuantas tabletas de aspirinas).

Los intentos reales de suicidio son actos graves que realmente pueden lastimar a la persona.

2.3 DEFINICIÓN

A lo largo de la historia el suicidio siempre ha despertado diversas actitudes en la sociedad que va desde la condenación social y la religiosa hasta la incómoda incertidumbre existencial. El intento y la comunicación coinciden en ser generalmente, la resultante de una condición psicopatológica previa. El suicidio es una forma de muerte violenta y poco usual, y se ha registrado con cierta notoriedad a lo largo de la historia. El historiador Plutarco señaló la presentación del suicidio a lo largo del ciclo vital durante los siglos cuarto y tercero A. C. (Jiménez, 1995)

Sin embargo fue el abate "Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleó el término suicidio sui – sí mismo y cidius- matar, matarse a sí mismo (Pérez, y Reytor, 1995).

El suicidio puede definirse como un continuo que parte de la ideación suicida, pasa por el intento de quitarse la vida y llega al suicidio consumado. Cada una de estas connotaciones tiene aspectos e implicaciones diferentes. La ideación suicida puede variar en tipos y grados distintos; de hecho en muchas de las veces no se acompaña de una planeación específica. En el caso del intento, no siempre existe un propósito consciente de morir, o en ocasiones aparecen múltiples motivos aunados en un intento, lo que dificulta la comprensión del fenómeno (González, 2000).

En este sentido es preferible el uso de las definiciones conceptuales. Para la OMS (1993) el suicidio es definido como un acto de resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona contra sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte. En cambio, el intento es definido por Kessel como aquel caso de conducta autolesiva, intencional, tomada con el conocimiento de que puede ser potencialmente nociva.

La conducta suicida no solo es un problema meramente individual, sino que trasciende y tiene significado en un contexto más amplio al reconocer la influencia de los factores psicosociales, demográficos, económicos entre otros. Así pues la problemática suicida es un proceso complejo y dinámico no es un hecho aislado y estático (González, 2000).

El intento suicida hace de referencia al hecho de vivir con una conducta autodestructiva y no morir (Sánchez, 1994) o bien en palabras de Stengel

(1978) “un intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infligido con una intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua”. Por su parte Coleman (1980) asegura el 66% de los suicidas realmente no desea morir sino de comunicar un mensaje dramatismo respecto a su malestar sin embargo es necesario prestar singular atención a cualquier gesto suicida (Loza, 1998). Se le llama suicida a aquella persona que ha cometido, intento o pensado en el suicidio. Por otra parte el intento de suicidio es un acto deliberado autoinfligido y amenazante para la vida, tiene el potencial de resultar en un daño o autoagresión. El acto deberá de estar asociado a un intento psicológico de terminar con la propia vida (González,1996).

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias López L, (1995).

En el proceso del intento suicida se reconocen varias etapas:

- Ideación suicida pasiva
- Contemplación activa del propio suicidio
- Planeación
- Preparación
- Ejecución del intento suicida
- Suicidio consumado

Dichas etapas pueden ser o no secuenciales o bien puede el individuo pasar por una o varias etapas no con ello significa que el sujeto vaya a cometer el acto suicida (González, 2000).

La compleja singularidad del suicidio es un problema que atañe a todos los grupos sociales, demográficos y culturales ya que todos los países del mundo existen estadísticas donde señalan ampliamente este hecho con diversas variantes y complejidades, y llama la atención que a partir de la década de los setenta comienzan a aparecer suicidios en grupos de infantes y escolares (0-14 años). Existiendo un incremento en las tasas de suicidios provocando un fenómeno común a casi todos los grupos de edad de la población global.

Año con año, la mortalidad por suicidio se ha incrementado en el país y por lo que se conoce del comportamiento de este problema en otras partes del mundo y de los cambios por el perfil poblacional y epidemiológicos de México

diffícilmente será pasajero este incremento. La evolución ascendente del suicidio así como los cambios sociales concomitantes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares tradicionales, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes y los cambios en el perfil epidemiológico de los individuos los arrastra a autolastimarse. El suicidio es una causa de muerte que ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en la población masculina (Borges, 1996).

En la mayoría de los países el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad y en una elevada proporción se ubica entre las primeras tres causas de muerte para el grupo de 15 a 34 años de edad.

Uno de los primeros en hablar de suicidio fue Durkheim (2007) el cual lo define el suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo esta que podía dar este resultado”; es decir que es un acto consciente e intencional, y así separa este autor el suicidio de las muertes por imprudencia y de las muertes por accidente. Sin embargo, un que el hecho del suicidio en sí es consumado por el individuo de manera particular y de forma íntima.

Bajo el supuesto teórico de que distintos tipos de integración social producen diferentes tipos de suicidio que Durkheim (2007) toma como base las reglas de Jousset y Moureau de Tours en:

SUICIDIO MANIÁTICO: Producido como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. Derivada de la manía, por ende da un torbellino constante de ideas y sentimientos entre los que puede surgir la idea del suicidio, provocadas por la alucinación.

SUICIDIO MELANCÓLICO: La idea del suicidio nace de estados de extrema depresión en los que el individuo deja de apreciar los vínculos que le unen con la vida.

SUICIDIO OBSESIVO: En este caso la idea del suicidio es similar al de un instinto, la idea fija de la muerte se va apoderando del individuo. El enfermo sabe que esta idea es absurda, y lucha contra este sentimiento. Es una especie de ansiedad por lo cual se le ha llamado suicidio ansioso.

SUICIDIO IMPULSIVO O AUTOMÁTICO: Este carece de razón tanto en la realidad como en la imaginación del enfermo, esta idea surge sin fundamento y progresivamente se va apoderando de la voluntad en un tiempo más o menos largo y bruscamente puede provocar la ejecución.

Tras esta clasificación Durkheim (1857 – 1917) descarta que estos tipos engloben todos los suicidios, por lo tanto queda también descartado la hipótesis de que el suicidio nazca de la locura ya sea esta transitoria o duradera.

El suicidio se relaciona con la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social, el desempleo o las dificultades financieras. La tasa de mortalidad por esta causa en hombres es (5.8%) que es casi cinco veces mayor que la de las mujeres (1.0%) en el año 2001. Se sabe, sin embargo, que la frecuencia de los intentos de suicidio es más alta en mujeres, pero son más los hombres que realmente lo hacen. (INEGI, 2001)

2. 4 CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA.

En el siglo XVIII Pinel reconoció que los melancólicos merecen especial observación por su especial predisposición al suicidio. Esquirol refería que el hombre que atenta contra su vida se encontraba en pleno delirio y por lo tanto era un alienado. Para 1840 Winslow sugirió que la disposición hacia la autodestrucción se originaba de un trastorno en el cerebro y las vísceras abdominales. A fines del siglo XIX Durkheim puso de relieve por primera vez la influencia del contexto social y cultural, clasificándolo en suicidio egoísta, suicidio anónimo, y suicidio altruista. De acuerdo al psicoanálisis la base teórica del suicidio radica en el impulso agresivo, destructivo o intento de muerte, que al buscar constantemente su descarga o reposo puede encontrar su expresión en el suicidio. A partir de esta premisa Freudiana, se extienden concepciones psicoanalíticas de otros autores, describiéndose tres componentes de la hostilidad en el suicidio:

- El deseo de matar
- El deseo de que lo maten a uno
- El deseo de morir

A pesar de las propuestas anteriores, el estudio sistemático del suicidio y del intento de suicidio se remonta apenas a la segunda mitad del siglo anterior, con la identificación de factores de riesgos específicos, como determinados trastornos psiquiátricos y más recientemente varias anormalidades neurobioquímicas (Jiménez, 1995).

Sainsbury (1960) encontró que condiciones sociales como tasas elevadas de divorcio, desempleo, homicidios y un bajo porcentaje de población menor de 15 años se relacionan con tasa de incremento de tasas suicidas. Dijkstra posteriormente agregó otras dos variables: el consumo de alcohol per cápita y el porcentaje de población afiliada a la iglesia. De esta manera un conjunto de cambios sociales profundos coincidentes con el desarrollo de un país, se asociaba a un aumento en la incidencia de suicidio (*Cit.* Jiménez, 1995).

Kandel, Raveis y Davies encontraron que los adolescentes con ideación suicida estaban más desadaptados en diversa áreas; por ejemplo estaban más distanciados de sus padres, tenían menos intereses y su rendimiento escolar era menor, estaban más involucrados en conductas antisociales, eran menos religiosos y tendían a correr más riesgo. El abuso de sustancias y el suicidio se estrechan con la edad, se compararon los alcohólicos que habían intentado suicidarse con aquellos que nunca lo habían intentado y encontrar que los primeros presentaban alcoholismo más severo, habían empezado a beber a una edad más temprana, habían experimentado un mayor índice de problemas y tenían más diagnósticos psiquiátricos. En México el índice de alcohólicos entre las personas que se han suicidado, se estima en un 24% lo cual es cuatro veces mayor que el encontrado en población general (6%). En un estudio nacional sobre los adolescentes que se habían suicidado en Finlandia, encontraron por medio de autopsia psicológica que el 94% padecía de algún tipo de trastorno mental siendo los más frecuentes la depresión (51%) y el abuso y dependencia del alcohol (21%). Así pues se ha observado que si hay relación entre el uso de esta sustancia, la ideación suicida y el intento suicida.

Sin embargo este mayor riesgo se relaciona con la presencia de personalidad antisocial, el alcoholismo y la depresión secundaria, de manera más importante que con el uso de solventes (*Cit. López, 1995*).

Aún cuando los problemas psicológicos que llevan a un menor a intentar quitarse la vida suelen ser múltiples y revisten características individuales, se puede afirmar que principalmente dos predisponen el intento suicida: la depresión y la impulsividad. En muchos casos además pueden observarse intenciones manipulatorias de diversos grados. En una investigación entre menores llevados a un hospital pediátrico después de intento suicida, los diagnósticos psiquiátricos se pudieron integrar de la siguiente manera: los deprimidos, los compulsivos y los que presentaban cuadros mixtos de depresión e impulsividad (*Sauceda, 1998*).

Otro de los factores importantes para la conducta suicida es el desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos. Trastorno psiquiátricos: (como son trastorno depresivo y trastorno bipolar), pobre eficacia para resolver problemas, abuso sexual y físico, disponibilidad de armas de fuego, desempleo, problemas laborales, conducta antisocial o agresiva (*Garland y Zingler., 1993*).

Por estudios realizados (*Pérez, 1999*) se ha encontrado que de manera general se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas: a) Infancia problemática. b) Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad. c) Cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etc.). En la etapa previa al intento suicida, se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. Por ejemplo la primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda los reforzantes, y la tercera, los presipitantes. Encontrando algunos o todos de los siguientes factores:

1. Provenir de un hogar roto.
2. Progenitores portadores de enfermedad mental.
3. Antecedentes familiares de comportamiento suicida.
4. Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, la inadaptación a becas o régimen militar.

5. Antecedentes personales de conducta autodestructiva.
6. Cambios evidentes de la conducta habitual.
7. Amigos con conductas suicidas.
8. Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos amenazas, plan suicida).
9. Antecedentes personales de enfermedad mental.
10. Conflicto actual (familiar, pareja escuela, etcétera).

2. 5 CAUSAS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

En las diferentes culturas se ha considerado que las situaciones que conducen al individuo a esta práctica incluyen la muerte de un ser querido, el miedo al castigo, la esclavitud, el remordimiento, el sentimiento de vergüenza u orgullo herido, el enojo, y la venganza (Jiménez, 1995).

De acuerdo con (Gómez y Borges, 1996)

Establecen tres causas de suicidio, dependiendo de las motivaciones de cada individuo:

1. La necesidad de comunicarse, esto es que las personas recurren al suicidio para restaura un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidios entran dos factores culturales: a). La frustración comunicacional se asocia con la desconfianza y con la ineffectividad de la comunicación verbal y b). El sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona es magnificado por una forma extrema de masoquismo.
2. La cohesión social. El suicidio con el valor de pertenencia especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo es aquel en el que alguien se

suicida porque vive en soledad. Esto ocurre especialmente con ancianos.

3. El mantenimiento de estatus. También se denomina "el papel narcisista". Esto es la intensa identificación del Yo con el yo profesional u ocupacional. El rol narcisista impulsa al suicidio por un mismo o por otro que es el responsable.

CAPÍTULO 3

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

3.1 CONDUCTAS DESTRUCTIVAS

En el origen de la conducta humana se encuentra habitualmente una motivación la cual varía de individuo en individuo y de cultura en cultura, sin embargo existen procesos universales que podríamos llamar casi instintivos o pulsionales entre ellos se encuentra la conducta de la agresión a los propios hijos, lo cual se reconoce como filicidio.

Fedida, (1979), define la pulsión, como impulso, es decir fenómeno dinámico producido por una fuerza que implica una energía. La pulsión se caracteriza por impulsos (carga energética), que tiene su origen en una excitación corporal.

González (2001) define a la pulsión como un proceso dinámico que consiste en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tener al organismo hacia un fin. Una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin.

En documentos freudianos originales se encuentra la palabra *instinto*, sobre todo en las traducciones al español, equivalente a pulsión. Una pulsión tiene una fuente, una finalidad, un objeto y una intensidad.

- Fuente: Las fuentes más importantes de la energía pulsional son las necesidades corporales. Una pulsión es un proceso estimulante en algún tejido u órgano del cuerpo que genera energía y que al liberarla produce una determinada reacción.
- Finalidad: El fin de la pulsión es la eliminación de la necesidad corporal que la produjo y así conservar el deseado estado de reposo, o sea el equilibrio homeostático tanto fisiológico como psicológico.
- Objeto: El objeto de la pulsión del impulso es la cosa en la cual puede la pulsión alcanzar su satisfacción.
- Intensidad: La intensidad de la pulsión es su fuerza, distinta en cada individuo, y no es más que la cantidad de energía que posee para conseguir su finalidad y objeto.

Freud (1920) intento relacionar la teoría psicológica de las pulsiones con conceptos biológicos más fundamentales y propuso que las pulsiones se denominaran respectivamente, de vida y de muerte. De acuerdo con esto para

él hay dos clases de energía psíquica, aquella que está asociada con la pulsión de vida denominada libido y la que está relacionada a la pulsión de muerte llamada agresión.

La tendencia agresiva es una disposición instintiva innata y autónoma del humano; además constituye el mayor obstáculo con lo que tropieza la cultura la cual es un proceso particular que se desarrolla sobre la humanidad. Se trata de un proceso puesto al servicio del Eros.

Freud (1929- 1930) en el escrito el malestar de la cultura dice que además de la pulsión que tiende a conservar la sustancia viva y a condensarla en unidades cada vez mayores, debía existir otro antagónico. De modo que además del *Eros* habría pulsión de muerte *Tanatos*; los fenómenos vitales podrían ser explicados por la interacción y el antagonismo de ambos y no era nada fácil demostrar la actividad de esta pulsión de muerte. Las manifestaciones de *Eros* eran notables; bien podían admitirse que la pulsión de muerte actuase silenciosamente en lo íntimo del ser vivo, persiguiendo su desintegración; esto, naturalmente, no tenía valor de una demostración. Progresó algo más, aceptando que una parte de la pulsión se orienta contra el mundo exterior, manifestándose entonces como pulsión de agresión y destrucción. De tal manera, la propia pulsión de muerte sería puesta al servicio del *Eros*, pues el ser vivo destruiría algo exterior, animado o inanimado, en lugar de destruirse a sí mismo. Por el contrario, al cesar esta agresión contra el exterior tendría que aumentar por fuerza la autodestrucción, proceso que de todos modos actúa constantemente.

La pulsión de destrucción que va dirigida a los objetos debe procurar al yo la satisfacción de sus necesidades vitales y el dominio sobre la naturaleza.

3. 2 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Un tema que cobra día con día mayor relevancia al hacer la más visible y es motivo de una gran preocupación social es el de la violencia, particularmente la violencia doméstica que afecta a la población en general, pero más

directamente a niñas, niños y mujeres, personas de la tercera edad y discapacitados. Las víctimas de la violencia intrafamiliar tienen en común su vulnerabilidad, la cual obedece a muy diversos factores: su condición de dependencia económica y/o afectiva, su desvinculación del medio socioeconómico, su imposibilidad de tener acceso a los espacios de procuración de justicia (por desconocimiento de cómo hacerlo o por falta de capacidad jurídica), entre otros muchos aspectos. En el caso de la violencia contra las mujeres, diversos estudios han demostrado que este tipo de violencia no distingue grupos socioeconómicos, edad o niveles educativos. La violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún, su presencia se manifiesta en lugares tan privados como el seno del hogar (INEGI-UNIFEM 1995).

La violencia intrafamiliar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima de la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o en el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido. Lo anterior constituye un obstáculo para el desarrollo de un país, ya que impide el disfrute pleno de los derechos humanos (UNIFEM 1996).

Este tema preocupa a las autoridades Mexicanas y a nivel internacional por las implicaciones sociales y políticas del problema, convirtiéndolo en un asunto de interés público, independientemente de que este tipo de conductas se presenten en el ámbito privado, es decir, en el hogar. Si bien no existe una definición única sobre violencia intrafamiliar, en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, se considera que ésta es “aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio particular, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal. I Legislatura. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar 1996).

Algunas investigaciones hacen evidente la violencia doméstica ejercida sobre mujeres, niños y niñas, ancianos, de madres a hijos, entre hermanos y hermanas, y entre suegras y nueras. En estos estudios, se sostiene que la violencia entre géneros y generaciones tiene como fondo las relaciones asimétricas que se construyen sobre la base del ejercicio del poder masculino y que se reproducen con el uso de la fuerza (Barbieri, 1988; González, 1988; García. y Oliveira, 1994).

Trabajos realizados por diversos autores, definen un conjunto de factores que mantienen y reproducen la violencia doméstica como son los siguientes:

- 1) Desconocimiento, especialmente de las mujeres, de los derechos y obligaciones y de los mecanismos legales que las protegen de la violencia, así como su vigencia y garantía.
- 2) Reproducción de rasgos culturales que mantienen en situación de subordinación a las mujeres.
- 3) Ineficiencia, desinterés y corrupción en las instancias legales y judiciales para resolver las demandas sobre violencia intrafamiliar o doméstica.
- 4) Problemas entre las instancias policial y judicial que obstaculizan las denuncias y su seguimiento.
- 5) Incumplimiento de la legislación y ausencia de mecanismos e instituciones de protección a las víctimas.
- 6) Aceptación social de las formas que asume la autoridad y el ejercicio de poder por parte de los hombres para controlar y mantener la subordinación de las mujeres.

Impunidad de los actos delictivos que se cometen en los espacios privados (Barbieri, 1988; García y de Oliveira 1994).

Por otra parte cuando el INEGI realizó la primera investigación del fenómeno de los actos de violencia que se presentan en los hogares, a través del levantamiento de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF), y de acuerdo con los datos que proporciona esta encuesta, de los 4.3 millones de hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México, uno de cada tres, que involucra a 5.8 millones de habitantes, sufre algún tipo de violencia intrafamiliar.

De los poco más de 1.3 millones de hogares en donde se detectó violencia intrafamiliar, 99% reporta maltrato emocional, 16% (215 mil hogares) sufren intimidaciones, 11% (147 mil hogares) violencia física y 1% (14 434 hogares) abuso sexual.

La violencia que se ejerce sobre las mujeres, es que en gran parte se da en los hogares y proviene de la pareja conyugal. Los hombres agreden con mayor frecuencia a las mujeres con golpes, amenazas, de forma verbal, encierro doméstico, prohibiciones y ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a amenazas de muerte y al homicidio (García y de Oliveira, 1999).

Con respecto al maltrato infantil se reconoce que en la mayoría de las ocasiones se presenta en un contexto de violencia intrafamiliar y ocurre en todos los niveles económicos, sociales e intelectuales. Asimismo, se sabe que son las madres quienes ejercen el maltrato infantil con mayor frecuencia, seguidas por los padres, los padrastros, las madrastras y los abuelos.

Diversas organizaciones e instituciones se han preocupado por atender y abordar el maltrato de niñas, niños y mujeres en el ámbito familiar; gracias a su labor ha empezado a ser evidente para la sociedad la importancia del problema, el cual ha sido reconocido como un tema de salud pública, y se han instrumentado las primeras acciones para eliminarlo.

En este contexto, es evidente que existe una creciente preocupación por generar datos que permitan cuantificar y caracterizar el fenómeno de la violencia intrafamiliar y que den cuenta de aspectos tales como las características de las víctimas y los agresores, los tipos de violencia más frecuentes y sus manifestaciones, los contextos en que se presenta, sus principales consecuencias y los actos de denuncia. Sin embargo, la dificultad para generar estadísticas sobre violencia intrafamiliar radica fundamentalmente en el arraigo cultural de las premisas sociales que “normalizan” la violencia, tanto en la percepción de que este tema es de índole privado, como por las reacciones de vergüenza, temor o desprestigio que conlleva el hablar del maltrato.

3.3 VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

Las múltiples manifestaciones de la violencia hacia las mujeres han sido definidas por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud como violencia de género: todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (ONU, 1993) y (OPS, 1994).

Las estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. Además, la violencia es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, tan grave como todos los tipos de cáncer y una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados (Heise, 1994).

La violencia de género se divide en tres tipos principalmente:

- Intrafamiliar: la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar en la familia, que se puede manifestar como malos tratos, abuso sexual de niñas en el ámbito familiar, violencia relacionada con la dote, violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer.
- Social: la violencia física, sexual y psicológica que suceda dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones académicas o en cualquier otro lugar, el tráfico sexual de mujeres.
- Institucional: la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o permitida por el Estado, donde quiera que ésta ocurra (British, 1999).

Las mujeres están expuestas durante su ciclo vital a sufrir diferentes formas de violencia las cuales se presentan a continuación (Heise, 1994).

1. **Prenatal:** Aborto selectivo por sexo.
2. **Infancia:** Infanticidio femenino, abuso físico y emocional, acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico para las niñas menores de un año.
3. **Niñez:** Casamiento de niñas, mutilación genital, abuso sexual por familiares y extraños, acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico, prostitución infantil.
4. **Adolescencia:** Violencia de compañeros del sexo opuesto y novios, la relación sexual forzada por motivos económicos, el abuso sexual, la violación, el hostigamiento y acoso sexual, la prostitución forzada y el tráfico de mujeres.
5. **Edad reproductiva:** Abuso de la mujer por parte de su pareja, violación conyugal, abuso psicológico, abuso sexual, hostigamiento y acoso sexual en el trabajo, por ejemplo, violación y abuso de mujeres discapacitadas, embarazo forzado por violación, golpizas durante el embarazo.
6. **Vejez:** Abuso psicológico, físico o sexual de ancianas.

La forma más endémica de violencia contra la mujer es la que sucede dentro de la familia, en los hogares, en particular el abuso por parte de un compañero íntimo.

A nivel mundial, las estimaciones más precisas sobre violencia de género muestran que al menos:

- Una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica.
- Una de cada cuatro mujeres sufre una violación o intento de violación.
- Una de cada cuatro niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.
- Una de cada cuatro mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.

- En la mayoría de las culturas se dan formas de violencia de género, pero algunas tienen más arraigo cultural.
- La violencia de género no tiene barreras de clase, casta, educación, sexualidad, cultura, raza o edad.
- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres.
- Existe mayor riesgo de que las mujeres y niñas sufran abusos por parte de los hombres a los que conocen y, en estos casos, es más probable que el abuso sea crónico.
- La tolerancia de la violencia de género ha sido evidente en leyes y creencias sociales (British Council, 1999).

3. 4 MALTRATO INFANTIL

Cualquier tipo de violencia implica maltrato y se asocia con la acción o acciones intencionales que lesionan no sólo físicamente al individuo, sino también su dignidad e integridad como persona. En este sentido se considera al maltrato infantil, en cualquiera de sus manifestaciones, como una franca violación a los derechos del niño o de la niña (Brizzio de la Hoz, 1999).

Rodríguez (1989) Se entiende también como maltrato la negligencia y el abandono. A esta cuestión quizá no se le dé la importancia que la misma requiera ya que esta no se refleja de forma física sino más bien emocional. También se sabe que los padres que maltratan no son sujetos que siempre odian a sus hijos.

La Federación Iberoamericana Contra el maltrato Infantil lo define como una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor (Carrillo, 1998).

La Organización Mundial de la Salud define el síndrome del niño maltratado como “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato

negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier persona que lo tenga a su cargo” (Saucedo, 1997).

Datos del Banco Mundial estiman que en 1997 existían seis millones de niños maltratados en los países latinoamericanos, de los cuales cada año morían 80 mil a consecuencia de las lesiones provocadas por sus padres o por otras personas (Brizzio de la Hoz, 1999).

En México, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como aquellos menores de edad que enfrentan y sufren, ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutada por acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de los niños y las niñas (Brizzio de la Hoz, 1999).

Cabe resaltar que el maltrato infantil por lo general se refiere a las acciones que ocurren dentro del seno familiar, aunque también se puede presentar en espacios como escuelas, casas hogar, internados, consejos tutelares y hospitales, siendo muy escasos los estudios disponibles sobre estas instituciones.

Según el Programa de Prevención del Maltrato del Menor (PREMAN) del DIF, el periodo en que se presenta la mayor incidencia de maltrato es cuando se está cursando la primaria, seguida de la etapa lactante. Entre los tipos de maltrato atendidos con mayor frecuencia se encuentran el maltrato físico, la omisión de cuidados, la negligencia y el maltrato emocional. En cuanto a la relación de parentesco del agresor con la niña o niño maltratado, se observa que son las madres quienes ejercen el maltrato con mayor frecuencia seguidas de los padres, los padrastros, las madrastras y los abuelos (Juárez, 1999).

3. 5 IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR

Cabe mencionar que en las situaciones de maltrato intrafamiliar las víctimas llegan a identificarse con su agresor a lo cual se atribuye a diversos factores psicológicos empujando a hablar con el factor de la pulsión que en el psicoanálisis se atribuye a las pulsiones un papel fundamental en la formación de la personalidad. Las exigencias de estas pulsiones conducen al desarrollo de las funciones del *yo*. Estas funciones *yoicas* tienen como tarea la de reconciliar la exigencia de gratificación por parte de los impulsos instintivos con las condiciones existentes en el ambiente del niño.

Cuando el *yo* se encuentra frente a peligros (de pérdida de amor del objeto, castigos, injurias, entre otros.) reacciona con un gran monto de angustia. Estos conflictos interiores sirven de estímulo constante para el aumento del desarrollo del psiquismo así como para determinar la forma de la personalidad del niño.

Así el *yo* individual adquiere actitudes habituales adaptativas para la solución de sus conflictos, la elección de los impulsos a satisfacer, a cuales se debe oponer y qué método adoptará en sus defensas contra las amenazas del mundo exterior y el mundo interno.

El carácter agresivo de las pulsiones sexuales infantiles no pasó desapercibido para Freud. Primeramente se atribuyó a la inmadurez de la sexualidad infantil y después se reconoció como la expresión de los impulsos destructivos. La agresión, la destrucción sus expresiones y su desarrollo, constituyen el centro de interés de la psicología dinámica.

En las relaciones del niño con el mundo objetal, las pulsiones eróticas y destructivas, están íntimamente ligados entre sí de tal manera que resulta difícil determinar la contribución de cada una de ellas en una situación. A lo largo de las diferentes etapas del desarrollo la energía agresiva es un componente indispensable para la pulsión libidinosa. Es parte normal del desarrollo que el niño manifieste su energía agresiva, primero con el pecho de la madre y luego con el cuerpo de ella, así como la voracidad agresiva e ilimitada que se observa en su actitud hacia su alimentación.

En los años treinta fue A. Freud la que estudio este tipo de identificación con el agresor. Según González (1989) consiste en el que el "sujeto se identifica con su agresor en forma activa, actuando la agresión que pasivamente sufrió y lo hace imitando la conducta del agresor ya sea física o moralmente o adoptando ciertos símbolos que distinguen al agresor y lo simbolizan".

Son identificaciones con ingredientes sado-masoquistas muy importantes. La agresividad patológica en niños pequeños se manifiesta con actitudes destructivas incontrolables y aparentemente sin sentido. Pueden mostrar placer o indiferencia por el daño que hacen a sus objetos o hacia otras personas. Destruyen sus juguetes, su ropa, sus muebles, son crueles con los animales, dañan a los niños menores que ellos y son desafiantes o indiferentes con los adultos.

Dentro de los patrones patológicos de las tendencias agresivas se pueden señalar los aspectos constitucionales, una falta de fusión entre los impulsos libidinosos y los agresivos hacia con el desarrollo emocional erótico que ha sido detenido debido a condiciones adversas, y a sean internas o externas, tales como la ausencia de objetos de amor. La falta de la respuesta emocional debido a razones innatas. A raíz de estas vicisitudes en el terreno emocional, los impulsos agresivos no quedan ligados ni neutralizados parcialmente, permaneciendo libres y buscan su descarga en forma de destructividad pura.

La sensación de sentirse atemorizado por la presencia de un agresor, el sujeto trata de parecer a él, lo imita y al actuar como el que lo atemoriza, percibe la agresión como propia y se siente menos angustiado porque piensa que él es capaz de controlarla. (González, 2002).

Por su parte Benedek (1975) “el adulto cuando es progenitor, experimenta el afloramiento de dos conjuntos de recuerdos sobre cómo era ser niño, hasta donde uno puede recordar, y por otro lado un conjunto de recuerdos sobre el modo en que uno fue cuidado por sus padres, lo que estos hacían. La integración de estos dos conjuntos de recuerdos o identificaciones constituyen la fase para las relaciones del progenitor con su hijo recién nacido y para su estilo de interacción con el” (Cit. González, 1998).

La agresión es una amenaza para la adaptación del sujeto cuando esta aparece está totalmente ligada del impulso libidinal. Sea por no haberse fusionado nunca con la libido o por haberse separado de ella después de la fusión El origen de estos pueden ser constitucional o debido a que las pulsiones libidinales quizás no se han desarrollado ante las frustraciones con el objeto amado, rechazos fantaseados o reales, pérdida del objeto.

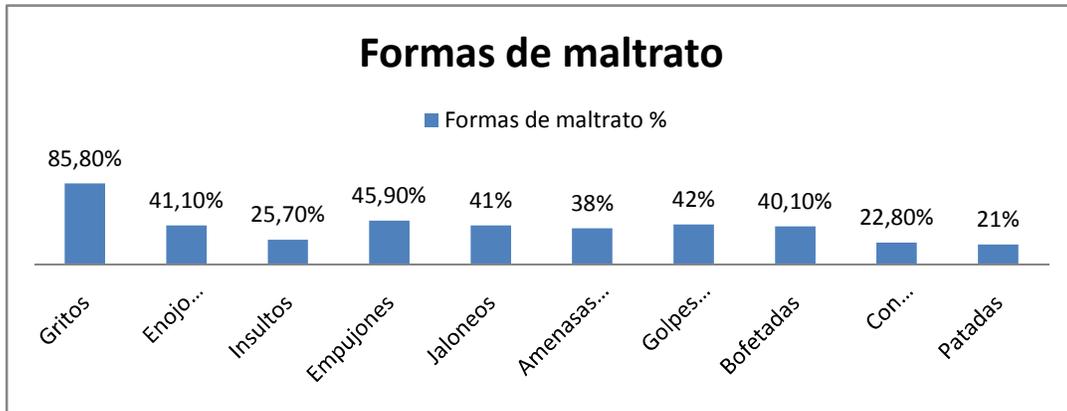
Como dice A. Freud: el beneficio protector contra la angustia que da este tipo de mecanismo defensivo que al representar el papel del agresor, asumiendo

sus actitudes y atributos, o imitando a sus agresiones, el sujeto simultáneamente se transforma , de persona amenazada y pasiva, en la que amenaza y es activa (*Cit.* Tallaferro, 1997).

3. 6 TIPOS DE VIOLENCIA

La violencia en la familia suele asumir diferentes tipos, cada uno de los cuales se expresa de diversas maneras. Los tipos de violencia más comunes son: a) *violencia emocional*: actos que atacan los sentimientos o las emociones de las personas y que implican mensajes de invalidación y crítica; b) *violencia verbal*: se practica para descalificar, degradar o intimidar a otra persona con amenazas de agresiones y violencia hacia ella o hacia personas significativas para ésta; c) *violencia física*: invasión del espacio físico de otra persona a través del contacto directo con su cuerpo o mediante la limitación de su capacidad de movimiento; y d) *violencia sexual*: imposición de ideas y actos sexuales a otra persona, así como de contactos y relaciones sexuales usando la fuerza.

La encuesta que INEGI (1999) realizó sobre violencia intrafamiliar reveló que en los 1.3 millones de hogares en donde se detectó maltrato emocional, sus expresiones más frecuentes fueron los gritos con 85.8%, el enojo fuerte con 41.1% y los insultos con 25.7 por ciento. En los 215 mil hogares donde se detectaron intimidaciones, éstas se expresaron en actos como empujones, 45.9%, jaloneos, 41% y amenazas verbales, 38 por ciento. Asimismo, en aquellos hogares en donde se identificó violencia física (147 mil), las formas que este tipo de violencia asumió fueron golpes con el puño representando 42%, bofetadas 40.1%, golpes con objetos 22.8% y patadas 20.7%. Cabe señalar que los tipos de violencia no son excluyentes. Finalmente, en los más de 14 mil hogares donde se registró abuso sexual, éste se tradujo en presión verbal para forzar relaciones sexuales (83.9%), uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (53.6%) y obligar a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%).



3.7 RAZONES POR LAS CUALES EL AGRESOR AGREDE

Se presentara a continuación algunas razones por las cuales los padres agresores explican su conducta hacia los hijos Según Rodríguez en su tesis doctoral (1989).

- A. El agredido provoca al agresor esto más que nada por la conducta indeseable del menor
- B. El agredido debe cumplir las aspiraciones del agresor, sean conscientes o inconscientes. Al no haber dicho cumplimiento esto provoca el maltrato.
- C. El agredido provoca conductas que el agresor desaprueba de sí mismo o de su historial.
- D. El agredido demuestra situaciones de afecto mayor u obediencia a personas distintas al agresor, según la opinión de este.
- E. Cuando el agredido contesta la agresión de manera que este se defienda de su agresor.
- F. Cuando el agredido es utilizado manejado de una manera tal para que el agresor conserve la relación de pareja.
- G. Cuando el agresor comprueba o sospecha la infidelidad de su pareja y padre del agredido provocando en esta el enojo.
- H. Por situaciones del agredido en la escuela por ejemplo quejas o mala conducta.
- I. Cuando existen problemas con la pareja.
- J. Desobediencia.

Es importante señalar la importancia que estos aspectos tienen hoy en día ya que estos factores son de alto riesgo para los menores y más que nada por la degradación que sufre el agredido.

3. 8 LA VIOLENCIA POR PARENTESCO

Es importante enfatizar de donde proviene la mayor agresión ya que es sabido que están inmersos los miembros de una familia, en Distrito Federal, al analizar la información sobre las relaciones de parentesco entre el generador y el receptor de la agresión se observa que el cónyuge representa 56.2% del total de los generadores, seguido por el (la) concubino(a) con 22.7% y finalmente los hijos o hijas con 8.8 %. En el peso que cada parentesco representa por sexo se distingue un comportamiento diferenciado, ya que 61.7% de los hombres generadores son cónyuges de la receptora, seguido por los concubinos con 24.3%; mientras que las mujeres generadoras con más frecuencia son las hijas (27.4%), seguidas por las cónyuges y madres con 26.7% y 16.4%, respectivamente.

Al analizar los porcentajes que presentan los sexos por parentesco, se observa que del total de los generadores de violencia, 84.3% son hombres.

En las relaciones de pareja, los hombres son los principales generadores de violencia, dado que en cónyuges representan 92.5%, en los concubinos 90.1%, y en la pareja (novio, amante, etc.) 88.8%. En cambio, las mujeres generadoras tienen mayor representación cuando son sobrinas (72.2%), madres (64.2%), hijastras (61%) o nietas (60 %) (**GDF**, *Datos del Informe Anual de Actividades del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal. Julio 2001-junio 2002*).

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hay características importantes en la transición a la adolescencia, en el cual existe el duelo del cuerpo infantil aunado a ello a todos los cambios físicos, psicológicos y emocionales que se manifiestan en esta etapa; y con ellos también el adolescente puede enfrentarse a problemas de violencia familiar los cuales se intensifican en esta etapa.

¿Cómo afecta la violencia intrafamiliar en el adolescente llevándolo a una desesperanza y hostilidad mayor con lo que se desencadena una ideación suicida?

HIPÓTESIS

Hi = Determinar si el instrumento distingue a los sujetos con predicción al riesgo suicida.

Hi = Determinar si el instrumento distingue a los sujetos con predicción del riesgo suicida en la evaluación negativa del Self.

Hi = Determinar si el instrumento distingue a los sujetos con predicción del riesgo suicida en la Desesperanza.

Hi = Determinar si el instrumento distingue a los sujetos con hostilidad y riesgo suicida.

Hi = Existe relación entre la violencia intrafamiliar y la predicción del riesgo suicida.

VARIABLES

V.D. Predicción del riesgo suicida en adolescentes.

V.I. Adolescentes que hayan manifestado violencia intrafamiliar.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- **Predicción de ideación suicida.**- “Es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de actos o las amenazas” (Mardomingo 1992). “Todo hecho por lo que el individuo se causa así mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento

del verdadero móvil” (OMS 1976). “Es un acto fatal, que obra como señal de auxilio

- y tiene el efecto de un pedido de ayuda no conscientemente intencionado”. (Stengel, 1965).

- **Violencia intrafamiliar.**- Por violencia intrafamiliar nos referimos a todas las situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico o psicológico) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. Puede manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibiciones, abandono afectivo, humillaciones o al no respetar las opiniones, son estas las formas en que se expresa la violencia intrafamiliar, comúnmente en las relaciones de abuso suelen encontrarse combinadas, generándose daño como consecuencia de una o varios tipos de maltrato. En las inmediaciones de la vida cotidiana de una familia, de una pareja quienes tienen el reconocimiento para imponer disciplina, límite y enfrentar actos de agravio social, son los hombres, por ello son los representantes del miedo y la defensa, formas que son utilizadas para cuidar, educar y resolver conflictos, continuo que va del amor a la violencia, socialización que estamos imbuidos desde pequeños. (Hercovich, 1992). Para esta autora, las creencias sociales de la cultura patriarcal están íntimamente asociadas con la trivialización de las manifestaciones masculinas de violencia, tanto física como psíquica y con la erotización de los violentos vínculos. Puget (1990) psicoanalista argentina define a la violencia como un comportamiento vincular coercitivo arbitrario, de poca complejidad que se opone a un vínculo reflexivo y elaborativo donde la distancia entre un Yo y otro yo pudiera ser cubierta por actos de lenguaje y afectos de mayor complejidad no descartan que puedan utilizarse métodos complejos para instrumentar la violencia y por ende destruir al otro pero cuando se refiere a actos de poca complejidad lo hace como sinónimo de impedimentos para el crecimiento vincular.

POBLACIÓN

La población que formó parte del presente trabajo estuvo integrada por sujetos adolescentes de ambos sexos, cuyo rango de edad fluctuaba entre los 13 y los 15 años de edad, la población cursaba el segundo año de secundaria, eligiéndose cuatro secundarias del Distrito Federal (Delegaciones Tlalpan, Coyoacán y Venustiano Carranza).

MUESTRA

La muestra fue intencional, estuvo constituida por adolescentes de sexo femenino y masculino, de los turnos matutino y vespertino de las secundarias diurnas, No. 29 C. Miguel Hidalgo y Costilla, (Delegación Tlalpan) No.173 Ing. Yuri Gagary, (Delegación Tlalpan) No. 53 Profesor Manuel Delfín Figueroa (Delegación Coyoacán) y Núm. 64 Ing. José Calvo Saucedo. (Delegación Venustiano Carranza)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Secundarias Diurnas del Distrito Federal
- Alumnos que cursen el segundo año de secundaria
- Alumnos de ambos sexos
- Edad comprendida entre los 13 y 15 años
- Turno Matutino y Vespertino

ESCENARIO

La aplicación del cuestionario (Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida) se llevará a cabo en cuatro secundarias Diurnas del turno Matutino y Vespertino dentro de los salones de clases de dichas dependencias, con adecuadas condiciones de iluminación y ventilación. (Anexo 1).

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio ex post–facto transversal descriptivo.

INSTRUMENTO DE SELECCIÓN

EL instrumento que se selecciono para esta investigación fue:

- 1.- Una encuesta para obtener los datos necesarios (Anexo 2).
- 2.- Hoja de calificación de la escala SPS (Anexo 3).

ENCUESTA

Esta encuesta se diseño para obtener respuestas abiertas de la situación familiar que los adolescentes viven en su momento, se realizaron con especialistas en el tema. Dichas preguntas se elaboraron con claridad y sencillez para que los jóvenes las comprendieran.

ESCALA DE PROBABILIDAD DE RIESGO SUICIDA SPS

Se aplico dicha escala a toda la muestra seleccionada de las cuatro secundarias elegidas.

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 cuatro 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: la desesperanza, la ideación suicida, la evaluación negativa del self y la hostilidad.

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.

IDEACIÓN SUICIDA: Es otra 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.

EVALUACIÓN NEGATIVA DEL SELF: Es una escala que mide el riesgo suicida y refleja el aprecio subjetivo que tiene la persona de sí mismo. La percepción personal en cuanto que las cosas alrededor de esta no marchan bien, que los otros sean diferentes y no se interesen por uno y sobre todo que es difícil cambiar esta situación.

HOSTILIDAD: Esta última escala mide riesgo suicida y mide una tendencia al enojo en forma impulsiva, con sentimientos de aislamiento y poco control de sí mismo.

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 Cull y Gill, se basan en lo dicho 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.

Por lo que 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, 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 (2007), introduce el término anémico 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 S. Freud (1917) 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 nos 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.

Para nuestra investigación utilizamos los siguientes instrumentos:

- Escala de Medición de Riesgo Suicida. 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 con los adolescentes
- Entrevistas con los padres de familia.

PROCEDIMIENTO

1. Paso para esta investigación comenzó eligiendo la muestra aleatoriamente y al azar de las secundarias diurnas del área del Distrito Federal.
2. Se obtuvo el permiso de los directivos por parte de las secundarias (No.173 Ing. Yuri Gagary, No.29 C. Miguel Hidalgo y Costilla Delegación Tlalpan, No. 53 Profesor Manuel Delfín Figueroa, Delegación Coyoacán, No. 64 Ing. José Calvo Saucedo Delegación Venustiano Carranza). Por razones de ética se omitieron los nombres de los participantes.
3. Una vez obtenidos los permisos se aplicó el cuestionario (Escala de probabilidad de riesgo suicida) SPS a todos los estudiantes de segundo grado de secundaria, con una edad que oscila entre los 13 y los 15 años. La duración del cuestionario fue aproximadamente de 20 y 30 minutos por grupo para poder así detectar el riesgo suicida en los jóvenes participantes.

4. Al finalizar el cuestionario se les agradeció su colaboración en dicha investigación.
5. Se llevo a cabo la calificación de los cuestionarios detectando así a los adolescentes con nivel severo, moderado y leve.
6. Una vez de obtenidos los datos se realizó la entrega de resultados a los directivos de dichas instituciones, con lo cual se llegó al acuerdo de realizar una entrevista con los jóvenes y padres de familia con un nivel severo de riesgo suicida según la escala. Solo en la secundaria 129 de la delegación Tlalpan.

Por último se realizó una breve entrevista con los adolescentes y sus padres o tutores para corroborar los datos arrojados en el cuestionario y posible violencia intrafamiliar

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 casi el 51 % eran varones como se observa en la tabla No.1

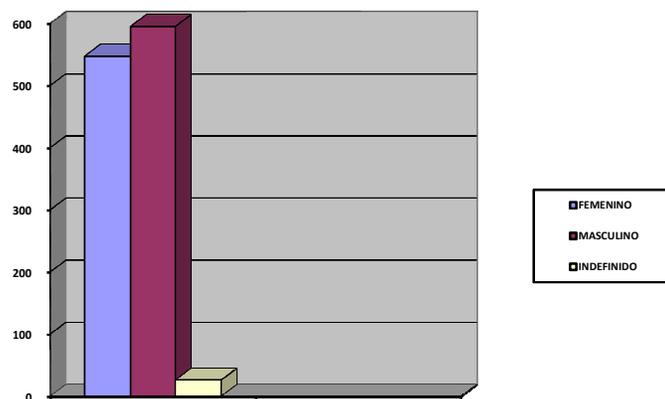
TABLA No.1

SEXO

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

FIGURA No. 1

SEXO



Los sujetos entrevistados mostraron 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 como se distingue en el Tabla No. 2.

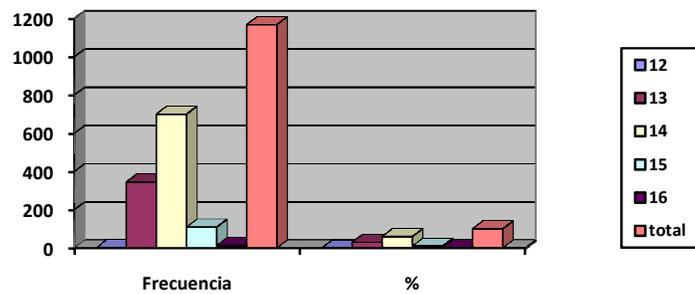
TABLA 2

EDAD

Edad	Frecuencia	%
12	2	0.2
13	345	29.5
14	700	59.9
15	109	9.3
16	13	1.1
Total	1168	100

FIGURA No. 2

EDAD



El 70.7% de los entrevistados van 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 solamente el 30.3% viven con uno de los padres, como se observa en el Tabla No. 3.

TABLA NO. 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	1168	100

FIGURA NO. 3

FAMILIA



En cuanto a las variables que se midieron a través de la escala SPS se obtuvieron los siguientes valores promedios en las 4 subescalas:

Tabla No. 4

	Hostilidad	Evaluación Negativa del Self	Ideación suicida	Desesperanza	Puntuación T
Casos	1169	1169	1169	1169	1169
Media	16.0291	13.7511	14.2908	15.4517	61.08
Desviacion estandar	6.57341	5.33505	5.80263	6.69655	8.66

De los puntajes obtenidos se diagnosticaron a los sujetos en las siguientes categorías como se observa en la tabla No. 5.

TABLA No. 5
DIAGNOSTICO

Diagnóstico	Frec.	%
Leve	406	34.7
Moderado	539	46.1
Severo	224	19.2
Total	1169	100

FIGURA No. 5



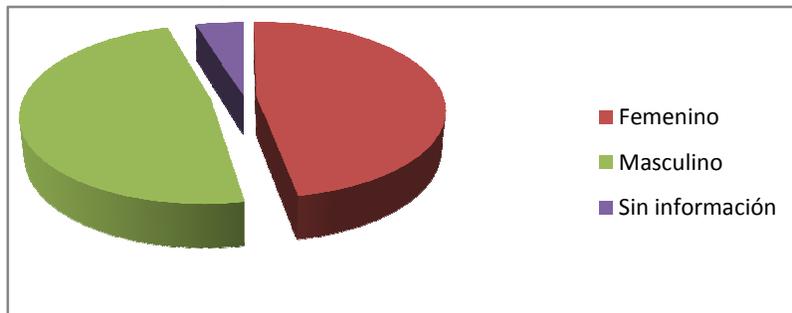
Por otra parte en la secundaria donde se llevaron a cabo las entrevistas con los adolescentes y sus padres los resultados fueron los siguientes:

La muestra 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, esto se observa en la tabla No. 6.

TABLA No. 6
SEXO

	FREC.	%
Femenino	148	47.10%
Masculino	151	48.10%
Sin información	15	4.80%
Total	314	100%

FIGURA No. 6
SEXO



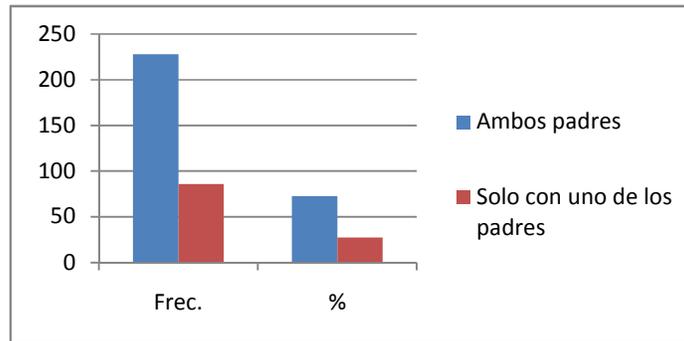
En cuanto a la edad obtuvieron una media de 13.71 y una desviación estándar de 52. La edad que presentó mayor frecuencia es la de 14 años.

En la tabla No. 7 se observa que más del 70% de la población de la Escuela Secundaria No. 29, vive con ambos padres.

TABLA NO. 7
FAMILIA SEC. 29

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

FIGURA NO. 7
FAMILIA



El diagnostico que se obtuvo de la población de la Escuela Secundaria No 29 es el que se observa en el tabla No. 8

TABLA NO. 8
CATEGORÍAS SEC. 29

Diagnóstico	Frec.	%
Leve	123	39.2
Moderado	134	42.7
Severo	57	18.2
Total	314	100

Con base a los resultados de la muestra se observa que las hipótesis de nuestra investigación se comprueban.

Por lo cual se presenta el resumen de las ocho entrevistas realizadas para comprobar la hipótesis de si existe relación entre riesgo suicida y la violencia intrafamiliar ya que en todos los entrevistados presentan algún tipo de violencia las cuales se describieron el capítulo 3.

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. Estas entrevistas se llevaron a cabo en una secundaria ya que los directivos de las 3 restantes no proporcionaron el apoyo necesario para las mismas siendo estos indiferentes ante los resultados de los alumnos.

En la secundaria 29 donde se llevo a cabo el proceso los resultados fueron: 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 12 padres de familia o tutores, de los cuales 8 asistieron a la cita de entrevista detectando la violencia intrafamiliar en muchas de sus formas como son los

golpes, gritos etcétera, y de estos solo dos aceptaron someterse a tratamiento terapéutico.

A continuación se presenta un resumen de los 8 casos que asistieron a entrevistas, tanto con los adolescentes como con los padres de familia.

RESUMEN ENTREVISTAS

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 un riesgo suicida severo de acuerdo a la escala SPS. Solo se llevaron a cabo en una secundaria debido a la negativa de los directivos de las 3 secundarias, para continuar el proceso.

En la secundaria donde se llevo a cabo el proceso los resultados fueron: los sujetos que obtuvieron un puntaje de riesgo suicida severo que en total fueron 57 casos en ambos turnos, a lo cual se cito a los padres de familia para una plática informativa así como sensibilización sobre el tema y solo acudieron 18 padres, de los cuales 8 asistieron a la cita de entrevista y por último solo dos aceptaron someterse a tratamiento terapéutico.

A continuación se presenta un resumen de los 8 casos que asistieron a entrevistas, tanto con los adolescentes como con los padres de familia.

ENTREVISTA No 1

J. C es un joven 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, los fines de semana juega futbol y asiste a la Iglesia con su mamá.

En cuanto a su familia, nos cuenta 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 que la misma maneja por 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 plática, los ratos que tienen libres solo ven el fútbol en la televisión. En cuanto a su vida social refiere que “Tengo pocos amigos pero bien escogidos”.

El 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 fútbol. 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 papá 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. No reporta ningún problema durante su desarrollo, aunque desde hace 3 o 4 años 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, le grita y lo asusta. Entre ella y su esposo refiere que la relación es buena, que pelean, pero duermen juntos. El señor bebe alcohol 3 o 4 veces al año y se pone muy agresivo. Nos menciona que la relación de Julio con su hermana es buena aunque a veces pelean, pero que aunque tienen recamaras separadas duermen en la misma habitación (literas).

En esta primera entrevista a J. C queda de manifiesto la agresión que este sufre por parte del padre este maltrato es más que nada de tipo emocional y psicológico a lo cual lleva al joven hacer poco seguro de sí mismo con mucho temor al fracaso y esto porque el padre lo insulta de tal forma que lo minimiza creándole una baja autoestima. Durante la entrevista este chico cuando empezó hablar del maltrato que sufre por parte del padre empezó a llorar y hacerse pequeñito como desvalido. La violencia que este joven manifiesta la introyecta queriéndose agredir, ya que no puede agredir al padre.

ENTREVISTA No 2

M. E es una adolescente de trece años menciona que sus padres tienen dos años separados y que su mamá le dijo que su papá tiene otra familia. M. E. menciona estar preocupada mucho por su mamá, ya que está enferma (varices) y que quisiera trabajar para ayudar económicamente a su mamá 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 M menciona que llevan ya 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.

La violencia que presenta M. es sutil aunque no deja de ser una situación precaria ya que la madre las informa a ella y a su hermana de todas las discusiones que los padres llegan a tener, la involucra sentimentalmente en contra del padre esto según la mamá de M. para que se dé cuenta lo "malo" que es su padre con su mamá. En este caso cuando los padres entran en conflicto de pareja a los hijos los involucran para agredir a la pareja y para descalificarla causando gran conflicto a la adolescente por la violencia que percibe entre sus padres.

ENTREVISTA No 3

A. O es una chica de 13 años, hija única, su mamá trabaja como secretaria, durante el día y su tía funge como tutor en la escuela. Su papá es ingeniero y trabaja fuera del D.F, no se especifica si viven sus padres juntos o separados, a lo cual la chica refiere que no, que su papa tiene otra familia y su mamá 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 domesticas. En cuanto a su relación con su madre menciona 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 por teléfono 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 este 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, cuando murió 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.

En esta entrevista la joven negó siempre el hecho de querer suicidarse ya que esta responde que no sabe las causas de los resultados arrojados por la escala. La joven muestra un duelo no elaborado por la muerte de su abuelo ya que lo sentía muy cercano como su papá”. En el caso de A. se manifiesta la violencia que la chica recibe por parte de mamá por los gritos que ella recibe cuando algo no está en su lugar en casa a lo cual A. le da la razón porque dice “llega muy cansada y es mi obligación ayudarle a las labores de la casa y si no

lo hago por cualquier causa yo tengo la culpa de su enojo” Se demuestra la identificación con el agresor “Yo tengo la culpa” teniendo un yo castigador.

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 ella dice “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. M. O comenta “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 por lo tanto esta situación la preocupa mucho. Su padre es alcohólico, y solo deja de tomar por temporadas. M. O comenta haber enfrentado un “mal entendido” en el cual estuvo involucrada, debido a que una amiga suya mando a golpear a un chico y como ella les menciono 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.

El tipo de maltrato que M. percibe es más que nada de tipo emocional ya que los padres prácticamente la ignoran por prestarle mayor atención al hermano de M. Sufriendo la misma un abandono emocional por parte de los padres, los cuales la excluyen del núcleo familiar quedando ella desprotegida. Refleja la baja autoestima y lo devaluada de la misma ya que menciona “ser poca cosa.”

ENTREVISTA No 5

B. P es una adolescente de 13 años, que vive con su madre, es hija única. Su padre vive en E.E.UU. 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. B. P comenta que su relación con su madre es mala, ya que menciona “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.

En esta quinta entrevista la violencia queda manifiesta pero por parte de las dos ya que se han agredido mutuamente, tanto de manera física como verbal. Durante la entrevista la madre refleja tener problemas con los límites ya que a veces prefiere no pelear y dale a B. lo que le exige para no caer en la agresión. Por el estrés que el trabajo le genera en ocasiones llega enojada y cansada queriéndose desquitar con alguien el cual es B.

ENTREVISTA No 6

F. I es una adolescente de 13 años, vive con ambos 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 es buena, aunque casi no la ve ya que, la mamá sale muy temprano de la casa y regresa muy tarde, por cuestiones laborales 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.

En la entrevista de F. la violencia la percibe por parte de los padres los cuales discuten frecuentemente por cuestiones económicas lo cual lo percibe como algo que esta no puede cambiar y quisiera. También la violencia que esta recibe es más de tipo emocional y de abandono ya que se encuentra mucho tiempo sola por las actividades que sus padres realizan.

ENTREVISTA No. 7 (TRATAMIENTO TERAPÉUTICO)

P. M es una chica de 14 años, de aproximadamente 1.60 de estatura, tez morena, 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 fútbol, 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 mamá trabajaba. Al recordar el momento de la separación relata “mi papá era subgerente de restaurant Samborns, y en ocasiones no llegaba a dormir por las actividades que tenían dentro del restaurant, 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 llego a dormir". Ahora su relación es mejor aunque días antes se volvieron a pelear, se gritan e insultan y aunque lo hacen en su recamara 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 papa, ya que la mando a la tienda y se tardo hablando con unos amigos, su papa se molesto y la fue a buscar la regaña y le dijo que ahora ella iba a hacer la comida, se fue a su recamara 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 regresara.

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 paso 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, y de cómo realizarlo ya que comenta que podría ser 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 "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). 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, P. en su entrevista refiere que se va en la tarde y llega al día siguiente a medio día) En cuento 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.

En la entrevista de P. es claro la violencia tanto física como verbal y el abandono emocional que P siente y percibe de su alrededor, ya que papá la agrede físicamente al igual que la madre tanto de manera verbal como psicológicamente.

Una forma de manifestar P la agresión es hacia fuera teniendo conflicto con las compañeras de la escuela y la agresión que se *introyecta* al tener contacto con personas conflictivas (como bandas) y poniéndose en peligro constantemente al realizar grafitis. Otros de los aspectos es Tener relaciones sexuales sin ninguna protección con el riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, aunque esta manifiesta solo haberla tenido en una ocasión.

ENTREVISTA No. 8 (TRATAMIENTO TERAPÉUTICO)

Z. R es una adolescente 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, ya que este tiende a molestarla, y papás le dan mucha preferencia a este, cumpliendo con las cosas que este les demanda, con su hermano pequeño su relación también es casi nula, debido a que casi no lo ve, solo en ocasiones que se necesita que ella lo cuide. 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 él” “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 papás 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 casa.

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 papás 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, ella dice “mis papás 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 este ya que “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 papás de mi amiga iban a levantar una demanda”.

No sabe cómo definirse, siente que es fea, sufrió un accidente en el dedo anular, “se machuco” y se le partió quedándole incompleto. No se nota, ella lo cubre tocándoselo con la otra mano, cuando lo mostro, no se le notaba realmente, 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.

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

En esta última entrevista la violencia está claramente marcada por parte de los padres ya que a Z la maltratan tanto de forma física, verbal y emocional, la violencia también la percibe en la relación de pareja por parte de sus padres por los conflictos de estos. Los conflictos que Z. manifiesta en la escuela con ciertas compañeras es porque se le quedan viendo y ella cree que es por su problema de su dedo la agresión en este caso es volcado hacia fuera.

Las entrevistas realizadas demuestran que si existe relación entre la probabilidad riesgo suicida y la violencia Intrafamiliar, en todas las entrevistas los adolescentes manifestaban dicha violencia y se corroboran los resultados arrojados en la escala SPS, describiendo la ideación suicida.

Para el análisis discriminante se uso para identificar las características que distinguen a los tres grupos y además crear una función capaz de distinguir con la mayor precisión posible a los grupos participantes en la investigación.

En la Tabla 9 se observan las medias y las desviaciones estándar para cada una de las variables que intervinieron en el análisis observándose que los jóvenes con riesgo suicida severo presentan un valor mayor en promedio.

Tabla 9 datos descriptivos de las variables

Evaluación		Media	Desviación Estándar
Leve	Hostilidad	12.03	3.40246
	Self	10.2635	2.69467
	Ideación Suicida	11.4187	3.16025
	Desesperanza	10.7586	3.2212
Moderado	Hostilidad	16.3006	5.62775
	Self	13.7718	3.76761
	Ideación Suicida	13.7662	4.96915
	Desesperanza	16.0705	5.29314
Severo	Hostilidad	22.6205	7.48174
	Self	20.0223	6.28076
	Ideación Suicida	20.7589	6.39821
	Desesperanza	22.4688	7.61276
Total	Hostilidad	16.0291	6.57341
	Self	13.7511	5.33505
	Ideación Suicida	14.2908	5.80263
	Desesperanza	15.4517	6.69655

La prueba de Wilks muestra que las medias de las variables **Hostilidad, Evaluación Negativa del Self, Ideación Suicida y Desesperanza** son diferentes, lo que permite contrastar de inicio que los grupos difieren en las variables de clasificación (tabla 10).

Tabla 10

	Wilks Lambda	F	df1	df2	Sig.
Hostilidad	0.678	277.067	2	1166	0
Self	0.586	411.099	2	1166	0
Ideación Suicida	0.673	283.559	2	1166	0
Desesperanza	0.615	365.342	2	1166	0

La prueba de Box indica que los grupos analizados no poseen la misma variabilidad con respecto a las variables analizadas (Tabla 11)

Box's M	15.552
F	Aprox 50.488
	df1 20
	df2 2020414
	Sig 0

En la tabla 12 se observa que el autovalor es grande (3.08) lo que permite distinguir a los grupos.

Tabla 12 autovalores

Eigenvalues				
Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	3.082 ^a	99.1	99.1	.869
2	.029 ^a	.9	100.0	.167

a. First 2 canonical discriminant functions were used in the analysis.

El modelo final es significativo ya que las variables logran agrupar a los grupos en gran medida lo cual queda demostrado por el valor de la chi cuadrada (Tabla 13).

Prueba de funciones	Wilks	Chi cuadrada	df	Significancia
1 Through 2	0.238	1670.817	8	0
2	0.972	32.824	3	0

La función de los centriodes muestra claramente valores diferentes en cada uno de los grupos analizados lo que se ve reflejado en los valores que manejan cada uno de los grupos. (Tabla14).

Functions at Group Centroids

Eval	Function	
	1	2
leve	-1.833	.150
moderado	.071	-.182
severo	3.153	.168

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Por último los resultados de clasificación muestran que se ha clasificado de manera correcta al 89.3% del grupo de jóvenes que comparado con el 33% que se debe al azar muestra una mejora considerable (Tabla 15).

Classification Results^a

Eval			Predicted Group Membership			Total
			leve	moderado	severo	
Original	Count	leve	371	34	1	406
		moderado	54	480	5	539
		severo	3	28	193	224
	%	leve	91.4	8.4	.2	100.0
		moderado	10.0	89.1	.9	100.0
		severo	1.3	12.5	86.2	100.0

a. 89.3% of original grouped cases correctly classified.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en esta investigación muestran que se ha podido realizar el objetivo principal, que fue el detectar riesgo suicida en adolescentes con violencia intrafamiliar

Como conclusión, se aceptan las hipótesis presentadas, ya que son estadísticamente significativas puesto que nuestro instrumento SPS comprobó medir con precisión la predicción de Riesgo Suicida en los adolescentes. Se comprobó que mide con precisión la predicción de la Evaluación Negativa del Self. Se comprobó que la escala mide con precisión la predicción de la desesperanza. Se comprobó que mide con precisión la hostilidad en los sujetos a la cual se les aplicó dicha escala.

En cuanto a la hipótesis de violencia intrafamiliar y Probabilidad de riesgo suicida, está no se comprueba estadísticamente, ya que esta se comprobó a través de las entrevistas individuales con los adolescentes y sus padres, aunque se considera que la muestra de entrevistas es muy pequeña, se comprueba, solo en una de las secundarias de la cual: se presentaron 57 casos clasificados como probabilidad de riesgo suicida severo, se citó a los padres de familia a una reunión informativa y a dicha cita solo se presentaron 12, posterior a esta junta se les citó para una entrevista para poder así corroborar los datos obtenidos de la escala SPS. A las entrevistas solo acudieron ocho descubriendo así la violencia intrafamiliar que vivían los jóvenes con sus padres y de estos solo dos accedieron a someterse a tratamiento terapéutico.

En todos los casos de entrevistas los jóvenes manifiestan vivir violencia en el hogar de una u otras maneras recordando el caso de Z en la cual la violencia es tanto psicológica como física en la cual sus padre en especial la agrede físicamente por cosas que a él no le gustan y es la forma de corregir a su hija.

Otro de los casos es el caso de P donde la madre la agrede física y también psicológicamente a la hija por conductas no gratas a la misma. La violencia física en este caso es agredir a la adolescente cortándole el cabello por realizar algo indebido y que la madre sabía que el hecho de cortar el cabello de la adolescente la hería en el narcisismo de la adolescente.

Y así en cada una de las entrevistas los chicos manifiestan la violencia de los padres hacia ellos llevándolos hacia a la hostilidad en casi todos los casos ya que también se manifiesta tener problemas con otros jóvenes del entorno en donde estos se rodean.

En dichas entrevistas recordamos las manifestaciones de *Eros que* eran notables; la pulsión de muerte actuaba notoriamente y silenciosamente ya que los jóvenes no lo habían manifestado a familiares cercanos la idea suicida.

Aunado a ello una parte de la pulsión se orienta contra el mundo exterior, esto se ve claramente cuando en las entrevistas los jóvenes manifiestan tener conductas riesgosas como tener relaciones sexuales sin protección o bien conductas agresivas con compañeros de la escuela teniendo a su vez conflictos de comportamiento, esto se conoce como pulsión de agresión y destrucción. De tal manera, la propia pulsión de muerte sería puesta al servicio del *Eros*, ya que el adolescente destruye algo exterior, animado o inanimado, en lugar de destruirse a sí mismo. Por el contrario, al cesar esta agresión contra el exterior tendría que aumentar por fuerza la autodestrucción.

Como dice Saucedo (1998) que en la adolescencia es más frecuente por todos los cambios físicos, hormonales y emocionales el adolescente piense en quitarse la vida pero solo como un acto de llamar la atención ya que como se ha visto los jóvenes entrevistados ninguno realmente quiere atentar contra su vida solo cuando existen conflictos dentro de la familia o en el ámbito que le rodea a este joven, quedando solamente la ideación suicida pero no hay que dejar de observar a estos ya que de la idea puede pasar también al acto. Por ello es importante que los padres pongan especial atención en las conductas que los jóvenes realizan para llamar la atención.

Cabe mencionar también la vulnerabilidad que estos jóvenes tienen ante sus agresores ya que toda esta violencia ocurre dentro del ceno familiar, ya sea con gritos maltrato físico o bien maltrato psicológico ya que todas las entrevistas manifestaron tener algún tipo de maltrato llevando con ello a la idea suicida y dentro de la escala una predicción de riesgo suicida Severo según la escala.

Para Levy y Deykin (1989) dicen que la idea suicida refleja el grado de conflicto interno del individuo y está asociado con la desesperanza y la baja autoestima

que en las entrevistas realizadas refleja claramente la desesperanza y la baja autoestima de estos jóvenes.

No hay que olvidar que no nada más la violencia intrafamiliar que el joven experimenta ya sea en el o bien en los conflictos de sus padres, puede ser causante de la ideación suicida sino como ya se ha visto este fenómeno es multicausal y que posiblemente existan otros factores. Que en esta tesis no se revisaron.

Rodríguez (1989) mencionó que otra forma de maltrato es la negligencia y el abandono que en este trabajo también se refleja ya que ya que los padres que se enteraron de los resultados de sus Hijos no acudieron a la junta de información y los pocos que acudieron fueron menos aun los entrevistados quedando de manifiesto dicha negligencia de estos padres o tutores.

LIMITACIONES

Las limitaciones específicas que se encontraron son las siguientes:

- En la secundaria 179 de la Delegación Tlalpan, existieron dificultades administrativas debido a los trámites burocráticos que esta Institución solicito, ya que solicito un permiso por parte de la coordinación de la zona específica y una vez obtenido dicho permiso, la dirección concluyo su ciclo de funciones en esta dependencia.
- 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.
- Otra limitación fue el no llevar a cabo una revisión minuciosa cuando los adolescentes entregaban sus cuestionarios, omitiendo algunos ítems de la escala, 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.

- Por otra parte, las instituciones mostraron poco interés a dar seguimiento a los resultados obtenidos en dicha escala, de los adolescentes detectados con riesgo suicida severo, esta limitaciones se presentaron en las secundarias, No 53 ubicada en la Delegación Coyoacán, No 64 ubicada en la Delegación Venustiano Carranza y por último la No 173 ubicada en la Delegación Tlalpan.
- Una vez obtenidos los resultados de la escala, la secundaria No 29 ubicada en la Delegación Tlalpan que fue la única que dio seguimiento a los resultados, resaltando el turno vespertino, al enterar a los padres de familia de los adolescentes detectados con un riesgo suicida severo, según la escala aplicada, estos se mostraron renuentes a las entrevistas planeadas tanto para ellos como para los adolescentes, siendo estos cincuenta y siete, solo se presentaron a las entrevistas ocho, y por ultimo al tratamiento terapéutico solo acudieron dos casos.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1999). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Educador.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal I Legislatura. (1996) Ley de Asistencia y prevención de la Violencia Familiar.
- Banda, B. (2002). *Nosotras en la violencia familiar*. México: Fundación para la Equidad México -APIS, A. C.
- Barbieri, T. (1988). La subordinación de las mujeres en una sociedad desigual. Notas para un diagnóstico de la condición femenina en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México IIS.
- Beck, A. T., Steer, R. A. Beck, J.S., Newman, C: F.(1993b) Hoppelsseness, Depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide an life-Threatening Behairvior*.
- Beck, A.T.; Steer, R. A. y Brown, G (1993). Dysfunctional actitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and life-Threatening Behairvior*.
- Belgas, E. (1974). *La adolescencia*. Bilbao: Mensafero.
- Berman, A. L. y Jobes, D. A. (1991). *Adolescents suicide: Assessment and intervention*, Wahington, DC: American Psychological Assocation.
- Blumnethal L. R. (1999) *El suicidio en el adolescente*. México: Destino
- Borges, G.; Rosovsky H.; Gómez C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública México*, Vol.38.
- Brent, D. A.; Perper, J. A., Goldestein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J.; Allman, C. y Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims wiht suicidal in patients. *Archives of general psyhiatry*.
- British, Council (1999). *La violencia contra las mujeres. Un documento informativo sobre cuestiones y respuestas internacionales*. Reino Unido.
- Brizzio, de la Hoz, A. (1999). *El maltrato infantil en el marco de los derechos humanos México: En el Congreso Nacional sobre Maltrato Infantil. Memoria*.
- Carbajal, C. P. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Colombia: Tiresias.

- Cárdenas, G. P.; García B. J. y Figueroa-Perea J.G. Diferencias en Adolescentes con y sin intento de suicidio en la relación emocional con sus padres. Asociación Mexicana de Psicología Social *La Psicología Social en México* Vol. 9
- Carrillo, M. A. (1998). Hacia una cultura de respeto a los menores. *En II Congreso Nacional sobre Maltrato Infantil. Memoria*. México: DIF, UNICEF, PGR, CNDH, CDHDF, PGJ, SEP
- Colleman, G. R. (1980). *Psicología de la adolescencia* Madrid: Morata.
- Cull, G. J. y Wayne, S. G. (1982) Suicide probability scale SPS. USA: Manual Western Psychological Serviceces.
- Durkheim, E. (2007). *El suicidio*. México: Colofón.
- Espinoza, H. A (1995). Trastorno presentes en el paciente suicida. *España: Revista de psiquiatría* Vol. 8 No.4
- Fedida, P. (1979). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freud, A. (1989). *El yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos de la teoría sexual*. Obras completas Vol. 7. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1910). *El Suicidio*. Obras completas. Vol. 11. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Las pulsiones* Obras completas. Vol. 19. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1929). *El malestar de la cultura*. Obras Completas Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García B. J., y Figueroa-Perea J. G. (1992). Practica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. México: *Salud pública de México*. Vol. 23
- Garland, A. F. y Zingler, E. (1993) Adolescents suicide prevention. Current reseach policy imoplications. American psychologits.
- GDF, *Datos del Informe Anual de Actividades del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal. Julio 2001-junio 2002*.
- Gómez C. C. y Borges G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida 1966 - 1994. México: *Salud Mental* Vol. 19 No. 1.
- González Forteza C. (1995). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar Depresivo y el uso de sustancias. México: *Revista Mexicana de Psicología* Vol. 15 No. 2

- González Forteza C. (1995). Indicadores psicosociales asociados en la ideación suicida en los adolescentes. México: *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.
- González Núñez. J. (1989). *La fortaleza del psicoterapeuta: La Contratransferencia*. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. A. C. México.
- González, Núñez. J. (1998). El líder en conflicto y el Parricidio. *Revista Aletehía* No. 17 Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. A. C. México.
- González Núñez. J. (2001). *Teoría general del psicoanálisis en psicología clínica y salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González Núñez. y Rodríguez C. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza Y Valdez.
- González, A. S. (1996). Conducta suicida. Cuba: *Revista Cubana de Psicología* Vol. 14 No. 2
- Gutiérrez Turrubiates, P. F. y Solís Cámara, P. (1989). El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984). México: *Salud Mental*.
- Gutierrez, V. J. y Solís, M. R. (1989) Epidemiología del suicidio en México. México: *Revista de Salud Pública*. Vol. 12
- Heacock, D. (1990). Suicidal bahavior black and hispanic yout.. *Psychiatric Annals*.
- Heman, A. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. México: *Revista Salud pública de México* Vol. 7
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana
- Jiménez, G. A. (1995). Suicidio e intento suicida: Aspectos epidemiológicos. México: *Psiquis* Vol. 4 No. 5
- Juárez, P. N. (1999). El maltrato infantil en cifras. En *II Congreso Nacional sobre Maltrato Infantil. Memoria*. México.
- Kienhorst, C. W. M., De Wilde, E. J., Van Den Bout., Broese Van Groenou, M.I., Diestra, R. F. W., Wolters, W. H. G. (1990) Self-reported suicidal bahavior in Dutch secontary education students. *Suicide and Life –Threatening Behavior*.
- Kosky, R. T., Sirburn, S., Zubrick, S. R. (1990) Are Children in adolescence who have suicidal thoughts differents from those who attempt suicede?" *Jouenal of Nervous and Mental Disease*.
- Krauskopf. M. L. (1992) Aspectos importantes del suicidio. España: *Revista de Psiquiatría* Vol. 15

- Lazard, P. (1988). *El riesgo suicida en adolescentes en relación con la pérdida de la figura paterna*. Tesis de Maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Levy, J. C. y Deykin. E. Y. (1989). suicidality, Depression and substance abuse in adolescents. *American Joournal of Psychiatry*.
- López, L. E. K. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población femenina. México: *Revista Salud Mental* Vol. 18 No. 4
- Loza C. B. E.; Gómez M. E. L. y Duran P. C. (1998). Comparación entre la personalidad de un adolescente con intento de suicidio y sin intento de suicidio. México: *La psicología Social En México*. Vol. VII.
- Mancilla, G. B. E. (2001). *Análisis y/o Comprobación de la teoría de Peter Blos en una Población Mexicana*. Tesis de maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Medina-Mora, M. E.; López, E. K.; Villatoro, J. A.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S. y Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. México: *Anales* No. 6 del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Papalia, D. E., (1995). *Psicología del Desarrollo*. México: Mc Craw Hill.
- Pérez, B. S. y Reytor, S. F. (1995). El Suicidio y su atención por el médico de la familia. Cuba: *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Oct., Dic., 1995
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El Suicidio comportamiento y prevención. Cuba: *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Rodríguez Hurtado, M. L. (1989). Amores y desamores en la relación padre-hijos. México: *Cuaderno de psicoanálisis* Vol. 3 y 4
- Rodríguez Hurtado, M. L. (1989). *Hacia la detención del factor de alto riesgo a un en caso de maltrato mínimo*. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Salazar, M. S. (2000). *Las funciones del yo de adolescentes con intento de suicidio*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Sánchez, D. M. (1994). Conducta suicida. *Revista Cubana Medico General Integral* Cuba Vol. 19 No. 2

- Sauceda, G. M. (1998) El intento de suicidio en menores de edad. México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro* Vol. 37 (2).
- Saucedo, G. I. (1997). Aspectos sociales de la violencia En Martínez, C. I., *et al* (comp.). *Género y violencia*. México, Del Colegio de Sonora.
- Secretaría de Desarrollo Social. GDF *Datos del Informe Anual de Actividades del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal. Julio 2001-junio 2002*). Gobierno del Distrito Federal-Secretaría de Desarrollo Social (2002). Sistema de registro de información estadística de violencia familiar en el Distrito Federal. Informe anual de actividades del Consejo.
- Shaffer, D.; Garland, A.; Gould, M.; Fisher, P. y Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide A critical Review. *Journal of the American Academy of child and Adolescents psychiatry*.
- Tallaferro, A. (1997). *Curso básico de psicoanálisis*. México: Paídos
- Vega, W. A.; Gil, A.; Waeheit, G.; Apospori, E. y Zimmerman R. (1993) SUICIDE AND LIFE. Treating Behavior
- Wadsworth Barry J. (1991). *Teoría de Piaget del desarrollo cognitivo y afectivo*. México: Diana.

Páginas Web

- [http://www. aula virtual](http://www.aula virtual). Art. Etiquetados Aida Valero
- <http://www.art.cadémicos>. Diestra (1989)
- <http://www.art.cadémicos>. Gasrlandy Zingler (1993)
- <http://www.cat>. Inist Pinto y MacCoy 1997 Suicidal ideation in adolescent.
- <http://www.dif> Desarrollo Integral para la Familia.
- <http://www.inegi> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- <http://www.oms/html> ,[Organización](#) Mundial de las Salud.
- <http://www.psiconet.com> La obra de J. E. Esquirol 2008
- <http://www.unfpa> Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- <http://www.unicef> The United Nations Children´s Fund.

ANEXOS

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento _____ Escolaridad _____

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

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

Instrucciones

Abajo aparece una serie de frases que descubren las emociones y conductas que algunas personas utilizan para expresar sus sentimientos. Léalas y di que tan ciertas son ti poniendo con una X y eligiendo uno de los cuadros que hay para cada frase revisa que las frases estén contestadas y cuando termines entrega la prueba.

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

para cuatro todas

GRACIAS.

EJEMPLO:

1. Me siento ansioso

	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.				

	Nunca o muy Pocas veces	De vez en cuando	Buena parte del tiempo	Siempre o todo el tiempo
14. Siento que si yo pudiera empezar otra vez cambiaria 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 sin 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.				
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 este.				

CUESTIONARIO

Nombre: _____

	Padre	Madre	Otros
Con quien vives			
Vive			

¿Tus padres actualmente están casados, separados o divorciados?

¿Desde hace cuanto?

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

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

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

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

¿Haz perdido algún familiar recientemente?
