

137
2y

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



"ENOJO, CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y
RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES:
UN ENFOQUE PSICOSOCIAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA SOCIAL
P R E S E N T A :
LIC. GEORGINA LOZANO RAZO

DIRECTOR DE TESIS: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
COMITE DE TESIS. DRA. GILDA GOMEZ-PEREZ MITRE
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUREZ
DRA. SOFIA LIBERMAN SHKOLNIKOFF
MTRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

DEDICO ESTA TESISA.

MIS PADRES, POR DARMÉ LA
VIDA.

A LA VER CON TODO MI AMOR,
POR LO QUE HE MOS
COMPARTIDO.

A MIS HERMANOS, POR EL
CARIÑO QUE ME DAN.

A MIS AMIGOS, POR LOS
MOMENTOS QUE HE USADO
CON CADA UNO DE ELLOS.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Colegio de Bachilleres #17 por su apoyo en la aplicación de los instrumentos.

Al departamento de orientación vocacional del Colegio de Bachilleres #17, especialmente a la Lic. Amalia Robles y al profesor José Luis Serralde.

A todos los adolescentes que colaboraron regalándome un poco de su tiempo.

A la Mtra. Corina Cuevas por su apoyo incondicional.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes por todas sus enseñanzas.

A los miembros del comité: Dra. Gilda Gómez-Pérez Mitre, Dr. José de Jesús González Núñez, Sofía Liberman Shkolnikoff, Mtra. Patricia Andrade Palos, por su atención y valiosos comentarios al presente trabajo.

A la Dra. Catalina González por sus comentarios y disposición a ayudarme.

Al Mtro. Borges G. por sus atenciones y comentarios.

A todas aquellas personas que de alguna forma hicieron posible la realización de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	4
Qué es la Adolescencia	4
Aspecto Físico	4
Aspecto Social	6
Aspecto Psicológico	11
Conductas Autodestructivas y Suicidio	35
Historia del Suicidio	47
METODOLOGIA	57
Hipótesis	57
Diseño de Investigación	57
Tipo de Estudio	57
Variables	57
Sujetos	58
Instrumentos	58

PROCEDIMIENTO	61
Tratamiento estadístico	69
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	70
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
SUMARIO Y CONCLUSIONES	114
REFERENCIAS	117
ANEXOS Y APÉNDICE	

INTRODUCCIÓN

El interés principal de la presente investigación es ver si existe alguna relación entre el enojo, las conductas autodestructivas y el riesgo suicida en adolescentes mexicanos del Distrito Federal de 15 a 19 años de edad.

La adolescencia es un período de la vida que oscila entre la niñez y la edad adulta, es una etapa compleja debido a que en ella se dan una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, el joven se encuentra, de acuerdo con Erikson (1982), en busca de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad que debe ahora incluir la madurez sexual y deberá culminar en un fuerte sentido de identidad, para lo cual, se hace uso de los recursos tanto internos como externos.

La adolescencia es una etapa de ajuste, en la que predomina la confusión, el adolescente que ya no es un niño pero que todavía no es un adulto y al cual se le pide que se comporte a veces como un adulto, tiene mucho trabajo biológico, intrapsíquico y social que desarrollar.

Aspectos sumamente importantes en la vida del adolescente son las manifestaciones emocionales, Hurlock (1980) considera que las pautas emocionales típicas de la adolescencia son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la rivalidad, la impotencia, la ira, el disgusto, las frustraciones, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad. La forma en que se expresan las emociones, el tipo de estímulo que las origina, o el tipo de hecho ante el cual se responde emocionalmente, están fuertemente determinados por factores sociales, ya que el adolescente es bastante consciente de las presiones sociales.

De acuerdo con González Núñez (1986) los jóvenes pueden descargar sus tensiones instintivas al interior, lo que se manifiesta en problemas fisiológicos; o al exterior, que da como resultado la expresión motriz, estados de esfuerzo, dolor y agotamiento.

Una pauta emocional típica en la adolescencia, y que es fundamental en la presente investigación, es la del enojo, considerado como uno de los estados emocionales que contribuye de manera significativa a la patogénesis de cuadros médicos comunes como la hipertensión, las enfermedades coronarias y el cáncer (Spielberg, 1988). En el área de la salud mental, el enojo se halla implicado en cuadros psiquiátricos como el trastorno por somatización, el trastorno explosivo intermitente, y en los trastornos pasivo-agresivo y antisocial de la personalidad (Jiménez, 1994).

Durante la adolescencia, cualquier emoción es susceptible de ser experimentada de manera intensa y exaltada, el simple hecho de pasar por la adolescencia constituye para los jóvenes una situación estresante, ante lo cual pueden hacer uso de diversas respuestas, como beber, comer en exceso (o no comer), fumar, consumir drogas, hacer ejercicio hasta agotarse, etc., estas conductas en la presente investigación se denominan autodestructivas, y hacen referencia a cualquier conducta realizada voluntariamente que ponga en riesgo la salud física o mental del individuo, pudiendo llegar hasta su última expresión, constituida por el suicidio.

El suicidio es un mal que ha aquejado a nuestra sociedad desde tiempos muy remotos, sin embargo, resulta preocupante el incremento que se ha observado actualmente en las tasas de suicidio entre adolescentes (Anderson, 1981), niños y púberes (Pfeffer 1981, Shaffer y Fisher, 1981).

Muchas han sido las explicaciones dadas al fenómeno del suicidio, Shneidman (1976) y Weisman (1971), mencionan que el suicidio es una conducta impulsiva combinada con factores caracteriológicos del sujeto. Asberg, Traskman y Thoren (1976 en Giraldo, 1988) abordan el suicidio desde una perspectiva bioquímica. Durkheim (1977) menciona que la autodestrucción es el resultado de un sentimiento por parte del individuo de sentir que no tiene raíces sociales y culturales.

Es en este sentido que lo anteriormente expuesto justifica la presente investigación, para lo cual se hizo uso de tres instrumentos de evaluación: El inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo (IEREEM; Spielberg y Vázquez-Casals, 1994), Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (Lazard, 1988) y una Escala de Conductas Autodestructivas, construida especialmente para este trabajo, la que también pretende descubrir si existe percepción de riesgo de dichas conductas.

Los objetivos del trabajo son:

- Construir la escala de conductas autodestructivas.
- Validar la escala de riesgo suicida.
- Obtener variables psicológicas predictoras, para disminuir el número de variables a usar en posteriores investigaciones.

Para lograr estos objetivos, una primera etapa de la investigación fue la construcción del instrumento para evaluar conductas autodestructivas, posteriormente se realizó el piloteo de dicho instrumento y de la escala de riesgo suicida para finalmente proceder a la aplicación final.

Los tres instrumentos fueron aplicados a una muestra de 432 adolescentes de 15 a 19 años de edad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres; además de obtener tres variables psicológicas: *expresión del enojo*, *ideación suicida* y *falta de control emocional*, que contribuyeron de manera significativa al estudio, se logró analizar al enojo como una manifestación emocional que contribuye a la explicación de este fenómeno llamado suicidio, así mismo conocer cuales son aquellas conductas que los adolescentes realizan y que de una u otra forma dañan su salud y su vida.

El presente trabajo consta de las siguientes partes fundamentales:

La primera de ellas abarca los antecedentes respecto a los temas de adolescencia, enojo, conductas autodestructivas y suicidio.

En la segunda parte se especifica la metodología que se utilizó para llevar a cabo la investigación.

La tercera parte explica detalladamente el procedimiento a través del cual se construyó la escala de conductas autodestructivas y se depuró la escala de riesgo suicida.

En la cuarta parte se presentan los resultados de los análisis estadísticos, realizados específicamente para obtener la validez y confiabilidad de los instrumentos y para probar la hipótesis de trabajo establecida.

La quinta parte integra la discusión teórica con los resultados estadísticos reportados. Finalmente se presenta un sumario y conclusiones acerca del trabajo.

ANTECEDENTES

Este capítulo se divide en los siguientes puntos: concepto de adolescencia, aspecto físico de la adolescencia, aspecto social de la adolescencia, aspecto psicológico de la adolescencia, conductas autodestructivas y suicidio, historia del suicidio.

QUÉ ES LA ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia, procede del vocablo latino "adolescere" que significa crecer, desarrollarse. De acuerdo con Muss (1970) es una etapa de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. En ella se presenta una evolución de la personalidad aunada a los cambios físicos de la pubertad.

Papalia y Wendkos Olds (1988) definen a la adolescencia como el período que transcurre entre la niñez y edad adulta, que en la sociedad occidental se inicia entre los 12 y 13 años, aunque el final de la adolescencia no se puede precisar con facilidad, debido a que está determinado por una combinación de factores físicos, cognoscitivos, emocionales y culturales, aunque estiman su fin entre los 19 o 20 años.

ASPECTO FÍSICO

La adolescencia comienza con la pubertad, la cual denota los cambios fisiológicos y morfológicos que acompañan la maduración sexual, implica la maduración de las glándulas sexuales (testículos en el hombre, ovarios en la mujer) para su función reproductora, es un acontecimiento fisiológico que marca el paso de la infancia a la adolescencia. Aunque existen diferencias en el momento de la aparición de estos cambios, se trata de un período relativamente breve de aproximadamente unos tres años de duración en el que se adquiere la mayoría de los caracteres sexuales propios del adulto.

El crecimiento del cuerpo y la maduración sexual están sujetos, en gran medida, a la regulación de las estructuras cerebrales y el sistema endocrino. La producción de hormonas conduce a la madurez de los órganos sexuales y de algunas características sexuales secundarias.

El torrente de crecimiento del adolescente dura aproximadamente dos y medio o tres años, pero comienza casi dos años antes en las niñas. La mayoría de ellas comienza su desarrollo acelerado entre los diez y once años de edad; los niños entre los doce y los trece. Esta diferencia provoca una reversión importante en el tamaño físico comparativo de uno y otro sexo, entre los doce y los trece años de edad. En ese intervalo, las niñas finalizan su torrente de crecimiento, mientras los niños lo comienzan (Sarafino y Armstrong, 1988).

Las diferencias en el patrón de crecimiento físico provocan la apariencia "curvilínea" de la mayoría de las adolescentes, cuando se comparan con la "angular" de los varones. En las niñas hay un depósito irregular pero continuo de la grasa corporal durante la pubertad; los niños, sin embargo, la pierden. Ambos sexos muestran aumento de tejido muscular, pero en los varones es mayor. La estimulación hormonal de las células que componen los huesos de los niños, provoca una notable expansión de los hombros. En contraste, la forma corporal de las niñas se altera por un ensanchamiento de las caderas (Papalia y Wendkos, 1988).

El crecimiento en las niñas generalmente comienza poco antes del desarrollo del busto y de la velloidad púbica, que son las dos primeras señales del inicio de la maduración sexual, estas características siempre aparecen entre los diez y los once años de edad. El pecho completa su desarrollo a los trece o catorce años, aunque puede variar en algunas niñas. El crecimiento del vello púbico y de las axilas ocurre al mismo tiempo que el desarrollo del busto, adquiere su pigmentación a los once o doce años y madura plenamente unos dos años después (Sarafino y Armstrong, 1988).

Conforme esos cambios ocurren, el aparato reproductor, incluso la vagina, el clítoris y el útero, también se desarrollan con rapidez. Cuando la niña está suficientemente madura, experimenta su primera menstruación, llamada menarca, la cual puede ocurrir, entre los diez y los dieciséis años. Sin considerar la edad, la menarca casi siempre ocurre después de culminar el torrente de crecimiento.

El inicio de la madurez sexual en el varón precede en un promedio de un año a su torrente de crecimiento. aproximadamente a los doce años, los testículos y el escroto se agrandan. A estas características se aúna la aparición del vello púbico. A los trece años, el pene comienza a crecer, proceso que durará los próximos dos años. Los órganos sexuales internos, también comienzan a desarrollarse, la voz se hace más grave. Cuando los muchachos tienen entre catorce y quince años, sus órganos sexuales pueden ya producir eyaculaciones. La secuencia de crecimiento es estable, aunque el inicio de cada acontecimiento varía de un muchacho a otro.

En otras épocas y culturas los cambios físicos y psicológicos que acompañan a la adolescencia, no eran objeto de especial atención, ya que el niño pasaba directamente a ser un adulto en cuanto atravesaba la pubertad. Actualmente en nuestra sociedad la adolescencia es una de las etapas más importantes en la vida del individuo. En algunas sociedades, los ritos de iniciación adoptan diversas formas, algunos grupos sociales someten a los jóvenes a pruebas severas de fuerza y resistencia, que pueden incluir mutilaciones corporales -perforación de los lóbulos de las orejas, tatuajes o adornos en la piel- otros realizan ceremonias que incluyen bendiciones religiosas, separación de la familia, etc. (Papalia y Wendkos, 1988).

ASPECTO SOCIAL

La adolescencia es una etapa que involucra notables cambios psicológicos e interpersonales (además de los físicos ya expuestos); en este sentido, la familia compite con el grupo de amigos, este nuevo sistema de relaciones familiares y sociales implica un reacomodo de sí mismo y de los demás, donde se practican nuevas respuestas de enfrentamiento a situaciones cotidianas de estrés (González Forteza, 1992).

La rivalidad entre padres e hijos suele ser frecuente durante la adolescencia, sin embargo, esto no es una regla; de acuerdo con Papalia y Wendkos (1988), la mayoría de los jóvenes manifiestan conocer, gustar de, y respetar a sus padres; en tanto que una minoría significativa expresan lo contrario, ya sea por no conocer a sus padres, o por no poder estar cerca de ellos. Lo que al parecer sí es una constante es el conflicto que sienten los adolescentes a causa de su deseo de ser independientes de sus padres, y darse cuenta de su dependencia hacia ellos. Cuando padres e hijos llegan a un equilibrio entre lo permitido y lo censurado, es probable que los conflictos sean superados.

El adolescente tiene como tarea el aprender a desenvolverse solo en la vida, enfrentarse a los problemas y a integrarse en la sociedad adulta. Es una tarea difícil, para la cual no suele estar preparado, por ello, el adolescente intenta sustituir la pérdida de sus padres como elementos protectores por el amigo íntimo. Las amistades llegan a tener mayor influencia que los padres en determinar el involucramiento del joven en problemas delictivos.

En la cultura occidental, la adolescencia parece ser una etapa matizada por la discontinuidad en la adjudicación de roles psicosociales puesto que el adolescente ya no es sólo niño y todavía no es del todo adulto (González Núñez, 1992).

Las opiniones de los compañeros influyen en aspectos de cómo vestirse, la resolución de problemas escolares, el comportamiento sexual, el uso o no de drogas, seguimiento de metas, aspiraciones vocacionales, etc. La situación específica del adolescente puede determinar que opinión preferirá, la de sus padres o la de sus pares. Si se da por hecho que tiene padres comprensivos, en los que puede confiar y que viven en armonía, se puede pronosticar que el joven pasará la adolescencia con solamente una cantidad normal de conflictos y que se convertirá en un adulto razonablemente adaptado (Papalia y Wendkos, 1988).

Son varios los factores que determinan a qué grupo de compañeros se integrará el adolescente, por ejemplo, el nivel socioeconómico, los valores aprendidos en el hogar, y propia personalidad. El adolescente se identificará más probablemente con personas de su edad que con personas mayores, debido a que comparten valores similares, sin embargo, existen adolescentes que no siguen al grupo (Papalia y Wendkos, 1988).

Para la mayoría de los adolescentes, la amistad es de vital importancia, a medida que comienza la separación del grupo familiar en búsqueda de la propia identidad; el joven recibe apoyo emocional de sus amigos. Estas amistades, son la base de las pautas adultas de amistad. Papalia y Wendkos (1988) sugieren que las amistades adolescentes parecen tener cinco dimensiones: semejanza, reciprocidad, compatibilidad, contexto y modelamiento de papeles. Es probable que los jóvenes confundan la amistad con el enamoramiento.

Havighurst (1971) propone los siguientes logros en la adolescencia:

- ☉ Establecimiento de relaciones interpersonales maduras con ambos sexos.
- ☉ Definición del rol social masculino o femenino.
- ☉ Aceptación psíquica de la imagen corporal.
- ☉ Adquisición de normas éticas como guía de la conducta.
- ☉ Desarrollo de estrategias y respuestas conceptuales y prácticas para la solución de problemas.

Para Hamburg (1974) la adolescencia es un período crítico del desarrollo, ya que involucra la negociación de demandas (internas y externas) biológicas, psicológicas y sociales. Considera que la adolescencia temprana (12-15 años de edad) es un período de gran estrés y vulnerabilidad, en el que tiene que enfrentar, el impacto de los cambios en la imagen corporal; los cambios que involucra el ingreso a un nuevo sistema social (la educación media básica); el ingreso a la secundaria, lo que implica un estatus de adolescente en el que se ponen en práctica conductas y valores característicos de la subcultura propia del nuevo entorno social en que se desenvuelve.

Mussen, Conger y Kagan (1971) , mencionan que el adolescente logra madurar social y psicológicamente, al dominar exitosamente ciertas demandas de desarrollo que se hallan interrelacionadas, que incluyen: a) independencia respecto a la familia; b) ajuste a su maduración sexual; c) establecimiento de relaciones viables y cooperativas con sus compañeros, sin que éstos le dominen; y d) elegir y prepararse para una vocación. Estas tareas las logra el adolescente al adquirir una filosofía de vida, un conjunto de normas y creencias morales que le orienten en las decisiones que debe tomar, es primordial que desarrolle un sentido de identidad propia, que le de seguridad al abandonar la dependencia infantil.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el enfrentamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras de los propios recursos personales y sociales.

El estrés es parte de un concepto más amplio: la emoción. La teoría relacional-cognitiva del estrés lo considera como un proceso y una transición, incluye emociones positivas como el amor, el gozo y emociones más problemáticas como el enojo, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, tristeza y disgusto. La reacción emocional de una persona involucrada en un encuentro o en la vida en general, indica cómo se interpreta a sí misma y su mundo, y cómo responde a las amenazas, daños y desafíos (González Forteza, 1992).

Las respuestas de enfrentamiento al estrés pueden ser conductuales o psicológicas (cognitivas) que intentan reducir el significado estresante de una experiencia, situación o evento (González Forteza, 1992). Muchas repuestas de enfrentamiento están dirigidas al alivio inmediato de síntomas estresantes; se puede tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo, fumando más, haciendo ejercicio excesivamente, etc., estas acciones constituyen lo que denominaremos conductas autodestructivas.

Treadwell y Johnson en 1980 realizaron estudios en cuanto a repuestas de enfrentamiento y encontraron que los adolescentes entre 12 y 14 años, de bajo nivel socioeconómico, sin importar su grupo étnico experimentaron mayores cambios negativos de vida, Hirsch en 1985 realizó un estudio con estudiantes adolescentes entre 12 y 18 años, reportando que tanto el apoyo social de los amigos como una vida escolar satisfactoria se asociaron con la reducción de sintomatología psicológica (somatización, rumiación obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad). También encontró que una marcada dependencia a los ambientes (escuela, amigos) los hace vulnerables a los cambios negativos de esos ambientes.

Baer, Garmezy, McLaughlin, Pokorny y Wernick (1987) en un estudio con adolescentes de preparatoria, encontraron que los estudiantes reportaron mayor consumo de alcohol si también reportaban más estresores cotidianos y más conflictos en la familia, pero no encontraron un efecto amortiguador en las familias con bajo nivel de conflicto.

De acuerdo con los resultados que obtuvo González Forteza (1992) en su estudio con adolescentes mexicanos sobre "Estrés Psicosocial y Respuestas de Enfrentamiento: Impacto sobre el Estado Emocional en Adolescentes", se observaron los puntos que a continuación se mencionan.

Debido a que en la adolescencia el amigo(a) simboliza el anclaje portador de seguridad en el ambiente extrafamiliar, mientras se conforma y define la identidad psicosocial del adolescente que le permitirá establecer relaciones extrafamiliares maduras por sí mismo, los principales estresores en el área social se refieren a la dependencia psicológica que se tiene respecto a la confianza depositada en su mejor amigo(a), a los conflictos con figuras de autoridad en el ámbito escolar, y a la aceptación de sí mismo ante los demás.

En el área familiar estos estresores se refieren a las prohibiciones de los padres, golpes, castigos, discusiones y regaños dentro del núcleo familiar; a las relaciones con el hermano(a), alguna enfermedad de cualquiera de los padres, lo cual rompe la dinámica familiar de ese día o de varios.

Para las mujeres adolescentes el ambiente violento familiar, la violencia entre los padres, y el sentirse feas, criticadas y que desagradan a la gente es una importante fuente generadora de estrés; mientras que en los varones lo es las prohibiciones de sus padres, que limitan sus relaciones sociales, pues le impone reglas y restringe su esfera de acción, al igual que la sensación de sentirse en desventaja con su mejor amigo y/o con los demás, lo que involucra una connotación de competitividad.

Los adolescentes varones se apoyan igualmente en su papá y su mamá cuando tienen algún problema; las mujeres tienden a preferir más el apoyo de su madre que el de su padre, sin negar la importancia de la calidad de las relaciones familiares. En los adolescentes (hombres y mujeres) tan importante es la suerte como el agrandar a los demás para lograr sus propósitos. Las mujeres tienden más que los hombres a reportar aspectos negativos de autoestima.

En el adolescente varón la esfera familiar influye de manera importante en la esfera social, principalmente la violencia de los padres y las prohibiciones de la madre; mientras que en las mujeres, además de la violencia familiar, también influye el estrés por los problemas de su hermano(a), porque el padre o la madre se enfermaron, por sentirse traicionadas y en desventaja con la mejor amiga(o), y por sentirse rechazadas por los demás.

La ideación suicida como un indicador de malestar emocional parece ser el resultado de distintos factores entre los hombres y las mujeres; siendo más complejo en ellas, donde características internas (de personalidad) y externas (del ámbito familiar: relaciones con los padres y fuentes de apoyo) tienen especial importancia. Mientras que en los hombres, el estrés cotidiano familiar (violencia del ambiente familiar) incidió en la ideación suicida.

González Forteza (1992) encontró que los varones mexicanos que tendieron a utilizar más frecuentemente el enfrentamiento orientado a la resolución del problema fueron quienes creían que los logros se alcanzarían por las propias capacidades intelectuales, y no gracias a la suerte; preferían acudir con sus familiares y/o amigos cuando tenían algún problema, tuvieron menos síntomas depresivos. Por su parte, las mujeres cuya orientación principal se enfocaba a la resolución del problema, fueron quienes tenían una buena relación con su papá, y también quienes preferían acudir con su familia y amigos(as) para recibir ayuda cuando tenían algún problema.

Otra forma de enfrentar los problemas es la adaptación; y una tercera forma de enfrentamiento al estrés fue el orientado a las emociones, los varones que tendieron a emplear dicha forma, fueron quienes se sintieron más estresados porque su papá les prohibió ir a alguna fiesta, tendieron a creer en un control más externo para alcanzar las metas propuestas apoyándose en la suerte y no en las propias capacidades intelectuales, tuvieron baja autoestima, preferían acudir menos con su familia, preferían el apoyo de los amigos ante las discusiones con sus hermanos(as), o bien preferían no acudir con alguien cuando el padre prohibió ir a fiestas, o discutieron con su mejor amigo(a) y tuvieron más sintomatología depresiva.

Las mujeres tendieron a responder emocionalmente cuando se sintieron estresadas por haber sido criticadas en su forma de ser, cuando el padre les prohibió salir con sus amigos(as), tenían baja autoestima, tendieron a ser impulsivas cuando el padre les prohibió salir, tenían una mala relación con él, tenían los niveles más altos de sintomatología depresiva.

ASPECTO PSICOLÓGICO

El adolescente experimenta también algunos cambios en el desarrollo cognoscitivo, en esta etapa el individuo llega a su máxima capacidad y eficiencia en la adquisición y uso de conocimientos. De acuerdo con la teoría piagetiana el adolescente pasa de la etapa de las operaciones concretas, característica de la niñez intermedia, a la etapa de las operaciones formales. Su pensamiento le permite pensar y razonar acerca de sí mismo, considerar varias posibilidades de respuesta o explicación a una situación hasta agotarlas, contrastar hipótesis con los hechos, y pensar de manera abstracta. Estos cambios le permiten entenderse a sí mismo y al ambiente (Mussen, Conger Y Kagan, 1971).

De acuerdo con estos autores, los cambios que sufre el adolescente en su desarrollo intelectual tienen como consecuencia: a) que domine destrezas intelectuales, que se prepare para una vocación y que acumule conocimientos fácticos respecto a su ambiente; b) que desarrolle preocupaciones sociales y emocionales, que se preocupe por valores, y que se muestre inconforme con sus padres y el mundo; y c) que se vuelva más introspectivo, analítico y autocrítico.

Papalia y Wendkos (1988) mencionan que el adolescente presenta un tipo de pensamiento de tipo egocéntrico, el cual le lleva a creer que los pensamientos de los demás se centran en él, lo cual interfiere con su capacidad para pensar de manera abstracta e hipotética. Al adquirir la habilidad para diferenciar sus preocupaciones propias y las de los demás, lo cual ocurre entre los 15 y 16 años, el adolescente disminuye su egocentrismo.

Para Papalia y Wendkos (1988), la adolescencia es el punto de partida para la búsqueda de identidad, la cual es una tarea que se realiza a lo largo de la vida. Esta búsqueda puede desarrollarse a lo largo de cuatro categorías de compromiso :

- El logro de la identidad, en el cual tras una crisis desgastante en la búsqueda de la identidad se expresa un fuerte compromiso;
- Cerrazón, en la que se hacen compromisos pero se aceptan los planes de otros para evitar las crisis;
- Difusión de la identidad, en la que no se establecen compromisos; y
- Moratoria, donde aún se está en crisis pero hay una tendencia al compromiso y al logro de la identidad.

El mayor esfuerzo implicado en resolver las crisis de identidad fortalecerá el sí mismo del adolescente.

Por su parte, Erikson (1977) enfatizó el aspecto conductual reflejado en su esquema de ocho crisis psicosociales del ser humano, en donde la adolescencia se caracteriza por el establecimiento de la identidad versus la confusión de roles.

Los ocho períodos y cualidades yoicas dicotómicas planteadas por Erikson son:

PERIODO	CUALIDAD YOICA
Oral-Sensorial	Confianza vs Desconfianza básica
Anal-Muscular	Autonomía vs Vergüenza y Duda
Locomotor-Genital	Iniciativa vs Culpa
Latencia	Laboriosidad vs Inferioridad
Pubertad y Adolescencia	Identidad vs Confusión de rol
Adulthood joven	Intimidad vs Aislamiento
Adulthood	Generatividad vs Estancamiento
Madurez	Integridad del Yo vs Desesperación

En el período que comprende la adolescencia, el sujeto está en la búsqueda de un nuevo sentimiento de continuidad y mismidad, lo cual implica que tiene que volver a librar muchas de las batallas de los años anteriores, en tanto que necesitan ahora de una sensación de identidad más compleja y mejor integrada. La integración que se produce en este período es más que la suma de las identificaciones infantiles, dando como resultado una identidad yoica. El sentimiento de identidad yoica es la confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado encuentran su equivalente en la mismidad y continuidad del significado que uno tiene para los demás (Erikson, 1977).

Durante la adolescencia los cambios sexuales imponen una reorganización del concepto de sí mismo que debe culminar en un fuerte sentido de identidad. El peligro que corre el joven es la confusión de roles, el adolescente utiliza recursos externos cuando los internos no son suficientes para adquirir un sentido de identidad.

El adolescente necesita una moratoria para la integración de los componentes de la identidad, que antes adscribían a los estadios de la infancia, sin embargo, la sociedad ahora reemplaza al ambiente de la infancia. El adolescente busca de manera ferviente hombres e ideas en los que pueda tener fe y a cuyo servicio parecería valer la pena probar que se es digno de confianza. Sin embargo, al mismo tiempo el adolescente teme contraer un compromiso que implique demasiadas expectativas, por lo cual, de manera paradójica, expresará su necesidad de fe con una desconfianza ruidosa y clínica.

El adolescente busca una oportunidad de tener el consentimiento de los otros, para decidirse por uno de los caminos del servicio y deber que están a su disposición, pero al mismo tiempo experimenta el miedo de verse forzado a realizar actividades, en las que se sentiría expuesto al ridículo o dudando de sí mismo, esto conduce al adolescente a preferir actuar de manera desvergonzada frente a los mayores por propia elección. El adolescente se opone violentamente a todas las limitaciones de sus autoimágenes, y estará dispuesto a dejar establecida toda la culpa que su excesiva ambición le acarrea (Silva, 1993).

La adolescencia resulta un período menos tormentoso para el sector de la juventud que sabe ubicar las tendencias tecnológicas en expansión y que, de este modo, es capaz de identificarse con nuevos roles de competencia e invención, y de aceptar la perspectiva ideológica que implican. Cuando esto no sucede así, la mente del adolescente se hace más explícitamente ideológica, busca algún tiempo inspirador de unificación de la tradición, o técnicas, ideas e ideales anticipados. El potencial ideológico de una sociedad es el que habla más claramente al adolescente, ansioso de verse afirmado por sus padres, confirmado por sus maestros e inspirado por "estilos de vida" que valgan la pena (Silva, 1993).

Si el adolescente sintiera que el medio trata de privarlo, de una manera demasiado radical de todas las formas de expresión que le permiten desarrollar e integrar el próximo paso, puede llegar a resistirse violentamente, porque un individuo no puede sentir que está vivo si carece de un sentimiento de identidad.

Erikson (1982) plantea que la mente del adolescente es una mente moratoria como características de la fase psicosocial que media entre la niñez y la adultez, el proceso de la adolescencia finaliza cuando el sujeto ha subordinado sus identificaciones infantiles a una nueva clase de identificaciones.

Los jóvenes agobiados por la revolución fisiológica de la maduración genital y la incertidumbre acerca de los roles adultos que deberán asumir, parecen estar muy interesados en intentos caprichosos, de establecer una subcultura adolescente con algo que asemeja a una formación final de la identidad, más que a un desarrollo inicial de la misma (Silva, 1993).

Algunas veces están inquietos y preocupados por la manera como aparecen a los ojos de los demás, comparado con lo que ellos sienten que son, y con el problema de cómo conectar los roles y habilidades cultivados, en épocas más tempranas con los prototipos ideales del presente.

El problema de este período es la confusión de identidad, cuando existe una fuerte duda previa con respecto a la propia identidad tanto étnica como sexual, o cuando la confusión de roles se une a una desesperanza, que data de largo tiempo atrás, no son raros los episodios psicóticos delinquentes y "fronterizos". El adolescente aturdido por la incapacidad para asumir un rol, al que lo ha forzado la inexorable estandarización de la adolescencia contemporánea, se evade de diferentes formas: dejando de asistir a la escuela, abandonando el empleo, pasando las noches fuera de su casa, aislándose en actitudes caprichosas e incomprensibles. Una vez que se ha convertido en un delincuente su mayor necesidad, y a menudo su única salvación, es que sus amigos y sus consejeros se nieguen a asignarle un rótulo mediante cómodos diagnósticos y juicios sociales que ignoran las condiciones particulares de la adolescencia.

Una de las cosas que más perturba a los jóvenes es su falta de habilidad para ubicarse en una identidad ocupacional; para poder mantenerse juntos se sobreidentifican pasajeraamente con héroes de pandillas, y multitudes hasta el punto en que parecen haber perdido por completo su individualidad. Sin embargo, ni siquiera el enamorarse es completa o fundamentalmente una cuestión sexual durante este estadio. El amor del adolescente es en gran medida un intento de lograr una definición de la propia identidad, proyectando sobre otro la imagen difusa de su yo, que así se ve reflejada y establecida gradualmente. Es por ello que la mayor parte del amor de los jóvenes se traduce en conversación. Por otra parte, también es posible buscar el esclarecimiento por medios destructivos, los jóvenes pueden llegar a ser extremadamente exclusivistas, intolerantes y crueles en la discriminación de los que son diferentes, ya sea por el color de su piel o por sus circunstancias culturales, sus gustos, aptitudes, y frecuentemente por cosas tan insignificantes como la ropa y los gestos, elegidos de manera arbitraria como signos que identifican a un miembro del grupo. Dicha intolerancia puede ser durante un tiempo, una defensa necesaria contra un sentimiento de pérdida de la identidad, en una época de la vida en que el cuerpo cambia sus proporciones de manera radical, la pubertad inunda tanto el cuerpo como la imaginación con toda clase de impulsos, cuando la intimidad con el otro sexo se va aproximando y, a veces es impuesta a los jóvenes y cuando el futuro inmediato los enfrenta con demasiadas posibilidades y elecciones conflictivas (Silva, 1993).

Los adolescentes se ayudan mutuamente mientras dura dicha incomodidad, formando pandillas y estereotipándose a sí mismos, a sus ideales y a sus enemigos, ponen constantemente a prueba la capacidad de cada uno de ellos para mantenerse leales, en medio de los conflictos suscitados por los valores, esto puede conducir a los jóvenes a realizar conductas autodestructivas con su grupo de amigos, como podría ser el consumo de drogas con las pandillas, competir en arranques, etc. Un óptimo sentido de identidad se experimenta como un sentimiento de estar bien psicológicamente, sentirse cómodo con el propio cuerpo, de saber a dónde se va.

El adolescente que ya no es un niño pero que todavía no es adulto, y al cual se le pide que se comporte a veces como un adulto, tiene mucho trabajo biológico, intrapsíquico y social que desarrollar. Quiere llegar a ser "alguien", pero no sabe cómo, aun cuando dice saberlo, necesita de la familia, de la escuela, de la sociedad, y si no se le brinda esta ayuda de manera discreta, desinteresada y efectiva va a ser un adulto con dificultades en la vida (González Núñez, 1986).

En este interjuego de un organismo en constante cambio y en contacto permanente con el medio ambiente, se definirán los caracteres sexuales terciarios que son, en su expresión manifiesta, aquellas actividades corporales propias de cada sexo que implican un substrato psicológico. Estas características han sido poco investigadas ya que no se les considera distintas de las secundarias. En México, el frecuente "machismo" representa una característica terciaria fácil de observar, principalmente durante la adolescencia (González Núñez, 1986).

González Núñez (1986) refiere las diferentes etapas de la adolescencia, desde el punto de vista del desarrollo interno, describiendo las tareas específicas a resolver en cada una de ellas y mostrando las características del adolescente en cuanto a los aspectos observables y manifiestos desde el punto de vista externo.

La preadolescencia se caracteriza por un aumento cuantitativo en los impulsos, el niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar. La gratificación instintiva directa se encuentra a un Superyo reprobatorio. El Yo recurre a los mecanismos de defensa (represión, formación reactiva, desplazamiento, etc.) para desarrollar capacidades e intereses que son aprobados por sus compañeros y adoptar actitudes compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos, para aliviar su angustia.

Aparece la socialización de la culpa como un medio para evitar el conflicto con el Superyo; se descarga la culpa en el grupo y más específicamente en el líder. Pueden aparecer como síntomas transitorios los miedos, las fobias, los tics nerviosos, se presentan frecuentes dolores de cabeza y estómago; aparecen manías, como jugar con los cabellos, comerse las uñas, taparse los labios, tartamudear, tocar constantemente todas las cosas, y en algunos niños chuparse el pulgar (Gessell y Bates, 1980), en casos de cuadros depresivos estos síntomas desencadenan en conductas autodestructivas patológicas, en las que se infringe dolor, lesiones y heridas sangrantes (Torre, 1982).

Los varones son hostiles ante sus compañeras, las atacan, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlones, intentan negar su angustia más que establecer una relación con ellas. El miedo a la castración reaparece y los conduce a llevarse con compañeros del mismo sexo, y experimentan una orientación genital a través de la catexis de sus impulsos pregenitales. Muestran un aumento difuso de la molilidad, se vuelven voraces, adoptan actitudes sádicas, realizan actividades anales expresadas en placeres coprofilicos, usan un lenguaje obsceno, rechazan la limpieza, sienten fascinación por los olores, practican juegos fálicos exhibicionistas (González Núñez, 1986).

Los conflictos característicos de los muchachos preadolescentes son el miedo y la envidia por la mujer. Su tendencia a identificarse con la madre fálica lo allivia de la angustia de castración en relación con ella. Recurren a ciertos ritos de iniciación para abandonar las gratificaciones pregenitales infantiles y superar su envidia por la mujer. Esta etapa se caracteriza por la angustia homosexual que contrarresta a la angustia de la castración.

El varón debe renunciar totalmente a sus deseos de seguir siendo un niño dependiente del vínculo materno y debe completar la tarea del período edípico, tiene que enfrentar los sentimientos de coraje, envidia, rivalidad, la impotencia y destrucción agresiva.

Las mujeres se portan como "marimachas", lo que es visto como una manifestación del conflicto central de la preadolescente: la envidia del pene, y se dirigen más directamente hacia el sexo opuesto. En el desarrollo femenino normal, la organización de los impulsos está dominada por la resistencia contra una fuerza regresiva hacia la madre preedípica.

En la adolescencia temprana, tanto los hombres como las mujeres, buscan con más intensidad objetos libidinales extrafamiliares, así se inicia la separación definitiva de las ligas objetales tempranas. En esta edad, los valores morales y las normas de conducta, han adquirido cierta independencia, sin embargo, en la adolescencia temprana puede darse un rompimiento del autocontrol que desemboca en conducta delictivas, a veces relacionadas con la búsqueda de objetos de amor.

Estas conductas ofrecen además un escape de la soledad, del aislamiento y de la depresión que acompaña los cambios catécticos; el empobrecimiento del Yo provoca en el adolescente una sensación de tormento interno. La intensidad con la que viva la separación de sus objetos tempranos estará determinada por el aumento y la variación del ritmo de la tensión instintiva y fundamentalmente por la capacidad del Yo para defenderse de esta angustia instintiva.

La pérdida de interés del adolescente respecto a los objetos de amor familiares hace que sus amigos adquieran una enorme importancia, tanto para los varones como para las mujeres. El individuo de esta edad necesita poseer objetos a los que puede admirar y amar (idealizar). Freud menciona que esta expansión en la vida amorosa del individuo conduce a la formación del Ideal del Yo y, por lo tanto, se internaliza una relación de objetos que, de otra forma podría conducir a una homosexualidad latente o manifiesta (González Núñez, 1986).

La adolescencia propiamente dicha culmina con la formación de la identidad sexual. Los procesos predominantes son la renovación del complejo de Edipo y sus conflictos, así como la desconexión de los primeros objetos de amor, lo que implica el abandono de los objetos de amor infantiles, para hacer posible la orientación hacia el objeto heterosexual, esto caracteriza al desarrollo psicológico de la adolescencia (González Núñez, 1986).

El impulso sexual adecuado gana gradualmente ascendencia y produce una angustia conflictiva en el Yo, los mecanismos defensivos y adaptativos pasan a primer plano. La vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes; los deseos edípicos y los conflictos resurgen; los conflictos internos alcanzan el máximo desarrollo.

Se realizan diversos cambios internos esenciales para el avance hacia la heterosexualidad, este desarrollo comprende muchos procesos diferentes y sólo con la realización de todos ellos se produce la maduración emocional. La aptitud para el amor heterosexual maduro se desarrolla con lentitud. Esta capacidad no depende de que el adolescente tenga o pueda tener relaciones sexuales, sino de los cambios catécticos relacionados con los objetos internos y con el propio Yo. En esta etapa se pasa de la sobrevaloración de los padres a una infravaloración de éstos. Al mismo tiempo se da una autoestima narcisista que lleva al individuo a la arrogancia y a la rebeldía. Todo esto ocurre mientras el Yo desarrolla la capacidad de asegurarse, sobre la base de una ejecución realista, esa cantidad de abastecimiento narcisista que es esencial para el mantenimiento de la autoestimación (González Núñez, 1986).

La etapa narcisista está al servicio del desarrollo progresivo, excepto cuando se vuelve una operación defensiva que inhibe en vez de promover el proceso adolescente de separación. Este proceso da a la etapa narcisista su calidad positiva y progresiva. La angustia concomitante a este proceso lleva a iniciar otros procesos regresivos reconstitutivos que van desde leves sentimientos de despersonalización hasta estados psicóticos, con alternativas como la vida de fantasía o la creatividad, la hipersensibilidad o la necesidad de llevar un diario. Todo esto con el fin de llenar el vacío emocional que experimenta cuando los nuevos impulsos instintivos de la pubertad no pueden estar por más tiempo unidos a los antiguos objetos y aún no pueden unirse a otros nuevos.

Existe un período de empobrecimiento del Yo entre el abandono de los objetos primarios y la sustitución por nuevos objetos amorosos. La "experiencia exaltada del Yo" es otro de los fenómenos reconstitutivos; consiste en una gran percepción interna del Self; a esta categoría general de sentimiento de exaltación del Yo pertenecen los estados autoprovocados de esfuerzo, dolor y agotamiento. Por lo general, son estados autoinducidos, parcialmente defensivos, libidinales, agresivos, adaptativos y experimentales, y egosintónicos. Su finalidad es proteger la integridad y la cohesión del Yo, esto se logra promoviendo la vigilancia del Yo sobre la tensión instintiva. Estas tensiones instintivas son aliviadas en parte por descargas hacia el exterior, mediante la expresión motriz. También son parcialmente descargadas hacia el interior, lo cual provoca problemas fisiológicos.

Las manifestaciones edípicas en la adolescencia están determinadas por las vicisitudes específicas que el complejo de Edipo ha sufrido durante la vida del individuo. En el hombre, la ansiedad de castración cierra la fase edípica, la resolución del complejo de Edipo es más rígida y la represión de las ansias edípicas es más severa. No hay soluciones ideales y quedan residuos de ansias femeninas, el individuo para sobreponerse a los pequeños restos femeninos de su posición edípica negativa, generalmente tiende a enfocar su atención hacia artificios sobrecompensatorios de su masculinidad: grupos masculinos, pandillas, iniciación en un código de virilidad.

En la mujer, la ansiedad de castración inicia la fase edípica, la resolución del complejo de Edipo es menos rígida y menos severa; reprime sus ansias edípicas sólo ligeramente. No existen soluciones ideales y quedan remanentes de ansias edípicas positivas y negativas, hay fantasías de naturaleza fálica. La resolución de los conflictos edípicos la prepara para el amor heterosexual, y el sometimiento del complejo de masculinidad produce en ella sentimientos maternales. Cuando la menarca se inicia enfatiza la polaridad masculino-femenino, se renuncia a las ansias masculinas y hay una identificación con la madre como prototipo reproductor. Si la adolescente no adopta tales actitudes, tendrá dificultades para aceptar sus deseos heterosexuales sin ansiedad y la maternidad como una meta deseada.

La identidad sexual implica la existencia de cambios catécticos e identificativos y de presiones sociales que forzan la sumisión y que pueden producir un estado de confusión interna. Desde el punto de vista clínico, la ruptura de las funciones yoicas provoca los errores característicos del adolescente en el cumplimiento de las demandas normativas de su vida.

De acuerdo con González Núñez (1993), existen dos fuentes internas de peligro durante la adolescencia:

- 1) Ocurre un empobrecimiento del Yo que conduce a estados anormales, en conexión con algunos esfuerzos físicos encaminados a mantener tanto el contacto con la realidad como la continuidad en los sentimientos del Yo.
- 2) Se despierta una ansiedad instintiva durante el movimiento progresivo de la libido a la heterosexualidad.

Dichas fuentes de peligro requieren de medidas preventivas, contra un estado de pánico, se ponen en juego los mecanismos defensivos.

Por su parte, Hurlock (1980) señala que la adolescencia es un periodo temido, ya que se tiene la creencia de que ésta es una etapa tensa y tormentosa. La tormenta hace referencia a que la ira es la emoción prominente de esta edad, al igual que las explosiones temperamentales; la tensión alude a factores emocionales y físicos que perturban el funcionamiento normal. La expresión "tormenta y tensión" se ha sustituido por el término "emotividad intensificada".

La imagen sombría de un adolescente atormentado, confuso, patológico, ansioso y deprimido, ha sido perpetuada en la literatura, especialmente la psicoanalítica (Blos, 1971; Aberastury Knobel, 1991), que ha considerado estos desórdenes afectivos como componentes inevitables del proceso de individuación. Sin embargo, autores como Bandura y Walters (1974), afirman que existe muy poca evidencia en apoyo a tal punto de vista, ya que el joven lejos de estar emocionalmente perturbado por el conflicto de alcanzar su independencia, ya ha logrado buena parte de ésta, y se reúne con amigos que aprueban los mismos estándares, por lo que, es poco probable tal conflicto (Hurlock, 1980).

Para Hurlock (1980) la emotividad intensificada es un término relativo, que hace referencia a un estado emocional por encima de lo normal para una determinada persona. Implica que se compare cómo se reacciona en un momento particular y cómo se reacciona normalmente. Si dicho estado de emotividad intensificada se prolonga debe tomarse como señal de peligro, debido a que puede tener efectos de largo alcance. Dicha emotividad no se puede ocultar, ya que se hará evidente en cierto tipo de comportamiento. Algunas expresiones comunes de este estado son: la onicofagia, los estallidos emocionales, las peleas, la depresión y los mecanismos de escape (por ejemplo la lectura).

Sin embargo, Hurlock (op. cit.) afirma que existen hallazgos que contradicen las creencias tradicionales relativas a la "tormenta y tensión" y a la emotividad intensificada, por lo que no habría que temer al período adolescente, y por lo tanto el joven no tiene que atravesar necesariamente por una época molesta. En este sentido, ciertas condiciones físicas serían responsables de la emotividad intensificada, por ejemplo: la retroalimentación entre tensión emocional y trastornos nutricionales, que intensifican y prolongan la tensión emocional; la anemia y falta de calcio, que genera apatía y va acompañada de incrementos de ansiedad e irritabilidad emocional; la desnutrición prolongada, que conlleva a trastornos emocionales; también la fatiga genera melancolía y depresión, generalmente acompañada de irritabilidad y tendencia a estallidos emocionales.

Hurlock (op. cit.) plantea que el incremento en la emocionalidad es característico de los dos últimos años de la infancia (11-12 años) y de los dos primeros de la adolescencia (13-14 años), que es cuando ocurren los mayores cambios evolutivos. Al disminuir el ritmo de desarrollo, deja de ocurrir cotidianamente la emotividad intensificada.

Entre los 13 y 14 años, el adolescente se irrita frecuentemente, se excita fácilmente y tiende más al estallido que al control emocional; a los 15 años, al intentar encubrir sus sentimientos, es propenso a deprimirse; y a los 16 años, se preocupa menos y afronta sus problemas más calmadamente. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias ambientales, algunos jóvenes al final de la adolescencia pueden experimentar una frecuente emotividad intensificada.

Durante la adolescencia, cualquier emoción es susceptible de ser experimentada de manera intensa y exaltada. Aunque socialmente se espera que sea un período de perturbación emocional, la mayoría de los adolescentes tienen momentos de satisfacción consigo mismo.

Los jóvenes que muestran mayor perturbación emocional son aquellos que:

- 1) Experimentan exaltada e intensamente su sexualidad;
- 2) los varones, puesto que se espera que resuelvan sus problemas con menor supervisión de padres y maestros; y
- 3) aquellos que sufrieron perturbaciones emocionales en su niñez como consecuencia de condiciones ambientales desfavorables. Muchos de los determinantes del incremento de la emotividad son socio-ambientales.

Hurlock (op. cit.) considera que las pautas emocionales típicas de la adolescencia son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira o enojo, el disgusto, las frustraciones, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad. La forma en que se expresan las emociones, el tipo de estímulo que las origina, o el tipo de hecho ante el cual se responde emocionalmente, están fuertemente determinados por factores sociales, ya que el adolescente es más consciente de las presiones sociales.

La ira es estimulada principalmente por factores sociales, que involucran a la gente. Por ejemplo cuando reciben burlas, trato injusto, que un hermano tome sus cosas, las mentiras, las órdenes, las observaciones sarcásticas. Otras causas no sociales de la ira en el adolescente son: la interrupción de actividades habituales (estudio o sueño), el fracaso en actividades, y los proyectos frustrados. Los hombres responden más frecuentemente con ira que las mujeres cuando no salen las cosas como desean y por su propia ineptitud; ellas se molestan más con las personas y las situaciones sociales, debido quizá a que disponen de menos libertad que los hombres y generalmente la gente es la que frustra sus deseos de actuar como les plazca.

La ira en el adolescente temprano es expresada en la forma de estallidos temperamentales -arrojando objetos, dando portazos, negándose a hablar y encerrándose, llorando- sintiéndose avergonzados y confundidos después. El adolescente mayor sustituye las agresiones físicas anteriores por los ataques verbales -pone sobrenombres, usa un lenguaje procaz, toma revancha minimizando y ridiculizando, y expresando sarcasmos crueles-. La edad y la forma de manejar la ira determinan la duración del enojo; el adolescente mayor presenta una ira más duradera debido a que ha aprendido a suprimir la expresión de ésta, que se torna latente y adquiere la forma de un humor hostil. Esto ocurre generalmente en las mujeres quienes tratan de ganar aprobación social controlando su ira, y en jóvenes de ambos sexos educados a través de métodos autoritarios (Hurlock, 1980).

Para Hurlock (op. cit) el disgusto es una irritación o sentimiento desagradable, de menor intensidad que la ira, que se estructura como resultado del condicionamiento, y que se genera de experiencias exasperantes con la gente, los hechos o con la propia conducta. Durante la adolescencia, el disgusto es más común que la ira, en esta pauta emocional al joven le gusta hablar de aquello que le molesta y su efecto es vigorizante, la ira tiene un efecto depresivo. El disgusto tiene un origen social -la forma de hablar o la conducta de la gente-, al joven le disgusta que las cosas no coincidan con sus expectativas, o percibir su propia ineptitud. El disgusto persiste y adquiere mayor intensidad con el tiempo, en particular en jóvenes con pobre adaptación.

La frustración es una respuesta a la interferencia en la satisfacción de alguna necesidad, puede ser resultado de privaciones debidas al entorno o a la incapacidad del adolescente para lograr un objetivo, debido a su propia insuficiencia; generalmente va acompañada de sentimientos de impotencia, lo que puede generar ira (desde leve hasta excesiva).

Frustraciones comunes son: poseer un físico no atractivo, salud deficiente que impide compartir con los pares, medios económicos insuficientes para participar en ciertas actividades grupales, rasgos de personalidad que obstaculizan la aceptación social, y la incapacidad para lograr los objetivos autoestablecidos.

Otras causas menos frecuentes son: conflictos con los padres, carencia de habilidades sociales, y conflictos con las normas familiares. Las reacciones pueden presentarse en forma de agresión, desplazamiento de la ira, retraimiento, conducta regresiva, comportamiento constructivo o un reexamen de los propios objetivos. Un adolescente bien ajustado tiende a percibir de un modo realista y objetivo las situaciones, lo que hace que sea menos aprehensivo ante situaciones frustrantes que el joven con adaptación deficiente (Hurlock, op. cit).

Para Hurlock (op. cit.) el control emocional implica aprender a afrontar una situación, respondiendo con la mente, con la finalidad de evitar reacciones emocionales excesivas. Dicho control es un índice de madurez emocional, que se ve favorecido por la adolescencia, ya que los hábitos emocionales aún inestables son susceptibles de cambio. Un adecuado control permite obtener aprobación social, produciendo el menor daño físico y psicológico al joven; supone un comportamiento que produzca consecuencias valiosas -librarse de tensiones, obtener lo que se desea, mantener y adquirir valores-. En el control emocional nocivo el individuo no responde como se espera, su conducta hace peligrar su salud, su seguridad, etc. el uso de alcohol y/o drogas puede ser una forma de control temporal, indeseable, que a la larga conducirá a un patrón adictivo.

Las expectativas sociales acerca del control emocional suponen que el adolescente aprenda cuándo puede controlar sus emociones y cuándo deben controlarse, y cuáles son las pautas socialmente aceptables, se espera que incremente con la edad. La aprobación social de las manifestaciones emocionales en las mujeres supone que éstas deben ser verdaderamente intensas al desahogarse; la excepción sería la expresión del enojo por medio del llanto. La conducta agresiva del varón en estado de ira es aprobada y considerada viril, sin embargo, en la joven es desaprobada, especialmente en la clase baja. En la clase media, los ataques verbales ingeniosos, en ambos sexos, son tolerados en el estado de enojo, mientras que la risa puede o no pasarse por alto en ciertas circunstancias.

En el aprendizaje por parte del adolescente del control emocional a fin de adecuarse a las expectativas sociales, no desaparecen los efectos nocivos de la excitación emocional, a pesar de que se suprima la expresión directa de la emoción, ésta no desaparece inmediatamente, y en ocasiones su expresión sustituta es perjudicial, física o psicológicamente (Hurlock, op. cit.).

El control emocional sano, de acuerdo con Hurlock (op. cit.), únicamente es posible cuando el adolescente posee un "yo vigoroso", que le permite frenar los estallidos emocionales o darle rienda suelta si así lo desea. Se puede evitar el daño consecuente a la falta de descarga emocional al admitir la emoción que intenta controlar, y sometiendo a la prueba de la realidad los aspectos cognoscitivos de la respuesta emocional. El individuo alcanza la madurez emocional cuando logra un control emocional socialmente aceptado, cuando adquiere un mayor conocimiento de sí mismo, y cuando hace uso de apreciaciones críticas de la situación y sus respuestas ante ella.

El enojo es considerado como uno de los estados emocionales que contribuye de manera significativa a la patogénesis de cuadros médicos comunes como la hipertensión, las enfermedades coronarias y el cáncer (Spielberg, 1988). En el área de la salud mental, el enojo se halla implicado en cuadros psiquiátricos como el trastorno por somatización, el trastorno explosivo intermitente, y en los trastornos pasivo-agresivo y antisocial de la personalidad (Jiménez, 1994).

Spielberg, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden (1985) hacen una diferencia entre los conceptos de enojo, agresión y hostilidad, señalan que el enojo suele considerarse como un concepto más elemental que los otros dos. Definen al enojo como un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad desde una leve molestia o irritación hasta la furia y la ira, y está acompañado de una excitación del sistema nervioso autónomo. Por su parte la hostilidad involucra sentimientos de enojo, y connota un complejo aparato de sentimientos y actitudes que motivan el comportamiento agresivo, vengativo y revanchista. Finalmente, la agresión se refiere al comportamiento destructivo y punitivo, en contraste con el enojo y la hostilidad, que se refieren a sentimientos y actitudes.

Spielberg y cols. (1985) hace referencia a la agresión instrumental, que consiste en el comportamiento agresivo dirigido a remover o rodear un obstáculo interpuesto entre un agresor y una meta, sin que este comportamiento tenga como motivación sentimientos de enojo. Puede inferirse, por lo tanto, que el enojo es una condición necesaria (aunque no suficiente) para que se desarrollen actitudes hostiles y se manifiesten comportamientos agresivos.

Spielberg (1988) menciona que se ha descuidado la investigación de la expresión de los sentimientos de enojo, y que se han confundido en diferentes medidas psicométricas tales sentimientos con el comportamiento agresivo. Spielberg y sus colaboradores (1985) desarrollaron un modelo acerca del enojo basado sobre la propuesta estado-rasgo de Cattell.

Cattell (1966) planteó la necesidad de distinguir conceptual y metodológicamente, las nociones de estados y rasgos. Para darles un significado operacional a los estados y disposiciones de ánimo implementó la técnica P y el diferencial R, que permiten correlacionar el comportamiento y la introspección a lo largo del tiempo.

La técnica P evidencia la covarianza de las manifestaciones en un individuo, arrojando patrones que asemejan las variaciones entre individuos diferentes, justificándose el uso del término "estado", como en el caso de la ansiedad, la fatiga o el enojo, entre otros.

La técnica diferencial R, permite factorizar las puntuaciones de las diferencias entre dos ocasiones, para un grupo de sujetos, lo que produce un factor común, que de alguna manera promedia los patrones más o menos idiosincráticos que se encontraron en los individuos con la técnica P. La técnica P permite la objetivación de los estados y la técnica diferencial R conlleva a la determinación de rasgos.

Cattell (1966), define al estado como un amplio patrón de respuestas unitario, el cual, a causa de la estructura psicológica y fisiológica humana, recurre en la misma forma sin consideración de las variaciones en la clase y rango de los estímulos que lo han provocado. Al rasgo lo conceptualiza como una configuración unitaria de la conducta de naturaleza tal, que cuando una parte está presente en cierto grado, podemos inferir que la persona mostrará también las otras partes en cierto grado. Los patrones de las diferencias individuales son los rasgos y las condiciones fluctuantes del individuo en un determinado momento son los estados.

Spielberg (1988), en su trabajo de la métrica del enojo considera esta distinción entre estado y rasgo, y distingue además dos componentes del enojo: la experiencia subjetiva del enojo y la expresión del enojo. La experiencia subjetiva tiene dos componentes: el enojo estado y el enojo rasgo.

El enojo estado (estrés, frustración), es un estado emocional marcado por sentimientos de naturaleza subjetiva, de intensidad variable que van desde una leve molestia o irritación a la furia e ira; generalmente está acompañado por tensión muscular y excitación del sistema nervioso autónomo, con el tiempo su intensidad puede variar (por injusticia percibida, el ataque o trato injusto por parte de los demás y la frustración del comportamiento orientado a la meta).

El enojo rasgo (estilos de afrontamiento), es una disposición a percibir un amplio rango de situaciones como frustrantes o molestas, así como una tendencia a responder a tales situaciones con elevaciones más frecuentes del enojo estado.

Quienes obtienen altas puntuaciones en el enojo rasgo, experimentan con mayor frecuencia e intensidad el enojo estado, que quienes obtienen puntuaciones bajas.

La expresión del enojo, comprende tres elementos: el enojo afuera, enojo adentro y control del enojo. El primero es la expresión del enojo hacia otras personas u objetos en el ambiente. El segundo elemento está dirigido hacia adentro, reprimiendo o suprimiendo los sentimientos de enojo. Las diferencias individuales de la medida en que diferentes personas tratan de controlar la expresión del enojo, se designa control del enojo.

Existen otros enfoques acerca del enojo, como el de Grieger (1986), el cual propone medir el enojo desde una perspectiva cognoscitivo-conductual, el modelo que propone se denomina "Medición Cognoscitiva del Enojo"; el enojo y las demás emociones se definirían por las cogniciones o evaluaciones que promueven la excitación y no por la excitación fisiológica o afectiva en sí. Las cogniciones contribuyen a esta excitación en por los menos dos formas.

En la primera de ellas, actuando como rasgos disposicionales, como filosofías de vida, es decir, como valores aprendidos, duraderos o personales, que influyen en la excitación emocional al establecer prejuicios que llevan a seleccionar situaciones, a distorsionar las evaluaciones, cargando emocionalmente los eventos pasados y anticipados, creando de esta forma eventos ambientales, haciendo que las demás personas respondan consistentemente a la reacción emocional. La segunda, se refiere a la medición de los eventos aversivos. Las atribuciones situacionales, se refieren a las evaluaciones de los eventos pasados y a la probabilidad de variar las respuestas, tales evaluaciones están parcialmente determinadas por la situación misma, por la filosofía de vida de cada persona, así como su experiencia ante eventos similares (Jiménez, 1994).

De acuerdo con Grieger (1986), son las ideas y filosofías de vida personales las que conducen y mantienen al enojo, y quienes se adhieren de manera constante a este tipo de ideas, son más propensos a presentar conductas agresivas. Así mismo considera que la mayoría de las reacciones enojosas son resultado de una amenaza percibida a la autovalía y el enojo como una baja tolerancia a la frustración.

Dentro de este modelo las atribuciones situacionales en el enojo son las siguientes:

- Intención del agresor: la magnitud de la excitación enojosa y de la agresión va en proporción a la intención que se percibe en el agresor.
- Arbitrariedad percibida vs circunstancias mitigantes, esto es el atribuir motivaciones de manera arbitraria así como injustificables o egoístas del agresor, aumentando la probabilidad del enojo y la contra-agresión, que cuando se enfoca de distinta manera.
- Percepción del poder personal y del control, ya que la respuesta negativa ante una situación provocadora puede ser disminuida cuando el individuo se percibe a sí mismo capaz de controlarla o afrontarla.
- Expectativas acerca del resultado, éstas así como las consecuencias, afectan al enojo en diferentes formas: cuando las expectativas de recompensa no se cumplen pueden generar el enojo y la agresión; la expectativa de que el enojo o la agresión serán recompensados, ya que el no responder de esta forma podría ser castigado, hará más probable la respuesta enojosa o agresiva; las altas expectativas respecto a las consecuencias negativas resultantes del comportamiento enojoso o agresivo, harán menos probable el enojo y la agresión.

El modelo propuesto por Patterson (1985), es llamado "El Análisis Microsocial", que es una propuesta metodológica desde una perspectiva interaccional social, la cual sustenta que las personas enojosas viven o se desarrollan en ambientes enojosos, por lo que sus conductas serían respuestas a intromisiones irritables de otras personas que se encuentran dentro de su contexto; por lo tanto, el enojo no sólo estaría dentro del individuo o en su forma de percibir el escenario, sino que algunos de sus determinantes estarían en el ambiente social.

Independientemente de las diferencias teóricas que presentan estos autores, es necesario reconocer que el enojo es una parte sumamente importante en el estudio de la adolescencia, siendo ésta un período de transición en el que el individuo pasa por una serie de cambios físicos y psicológicos.

En México se han realizado varios estudios que permiten de alguna forma caracterizar a los adolescentes mexicanos de una manera más específica, al igual que sucede con otros jóvenes para los mexicanos la adolescencia es un período de la vida que oscila entre la confusión y la emoción de nuevas vivencias, son notables los cambios biológicos que aparecen en la ella, y la etapa se caracteriza por la maduración de funciones y la aparición de nuevas sensaciones psicológicas.

Díaz-Guerrero (1994), por su parte menciona que se han encontrado ocho tipos de mexicanos, algunos tipos tienden a ser más frecuentes en hombres y otros en las mujeres.

Los ocho tipos de mexicanos son los siguientes:

- 1) pasivo, obediente y afiliativo (afectuoso),
- 2) rebelde activamente autoafirmativo,
- 3) con control interno activo,
- 4) con control externo pasivo,
- 5) cauteloso pasivo,
- 6) audaz activo,
- 7) activo autónomo, y
- 8) pasivo interdependiente.

En estudiantes de secundaria y preparatoria aumentan los tipos activos, autoafirmativos, independientes y autónomos. En la sociedad mexicana, el ser pasivo, obediente y afiliativo es común hasta los 12 o 13 años de edad. Estos niños son obedientes a las órdenes de sus padres, madres y maestros; son conformes, les gusta complacer a los demás y son poco rebeldes, son más disciplinados, más fácilmente manejables, tienden a estar con sus compañeros y familiares. Son muy seguros emocionalmente y tienen buen control interno, son obedientes y complacientes por voluntad propia. Son capaces de manejar y adaptarse bien a distintos tipos de situaciones.

Los jóvenes que a los 15 años de edad son todavía fuertemente pasivos, obedientes y afiliativos obtienen calificaciones más bajas que sus compañeros, así mismo, su velocidad en la lectura y la comprensión de lo que leen es mucho menor. Sienten que el tiempo pasa muy lentamente, no se observan las características de un control interno activo desarrollado.

Las únicas cualidades de este tipo de jóvenes a los 15 años, es que son menos impulsivos y más ordenados que sus compañeros de la misma edad, les gusta mantener sus cosas personales y el medio que los rodea limpios, les disgusta el desorden de sus cosas o de las de otros; tienden a andar más limpios, son más disciplinados y metódicos, tienden a planear sus actividades, son poco espontáneos, excitables o impetuosos, son pacientes, cautelosos y lentos al realizar sus actividades; son más tímidos y más reservados en lo que dicen.

Si a los 18 años un joven mexicano sigue siendo fuertemente pasivo, obediente y afiliativo, seguirá obedeciendo las órdenes de sus padres y maestros, en los casos extremos son jóvenes que no se apartan de su madre. Este tipo de individuos se encuentran frecuentemente en familias donde no ha habido una aceptación inteligente de los potenciales de desarrollo independiente de los hijos. Estos adolescentes parecen estar más protegidos, mientras más fuertes sean los vínculos familiares, de los fenómenos de ansiedad.

Sin embargo, estos jóvenes son los que evitan las actividades excitantes, sobre todo si éstas conllevan algún riesgo que pudiera provocarles daño físico o mental; una parte de su actividad de planeación implica asegurar su integridad física y personal. Por lo tanto, son cautelosos, precavidos, cuidadosos, poco aventureros y aprensivos.

Su necesidad de autonomía es más baja que la de sus compañeros de edad, son muy complacientes, parece no importarles que sus padres establezcan muchas reglas, son fácilmente gobernables, no hay deseos de querer liberarse de la familia, de ser independientes y valerse por sí mismos. Son fácilmente dominados por figuras de autoridad. Por otra parte, existe en ellos la necesidad de que sus familiares y amigos los tengan en alta estima, se preocupan mucho por su reputación, muchas veces actúan para obtener la aprobación y reconocimiento de los demás.

Generalmente son jóvenes muy educados, de buena conducta, corteses y producen buena impresión en las personas, su meta es ser respetables; son agradables, socialmente sensitivos, se comportan adecuadamente, son consistentes, hacen las cosas en forma planeada. Este tipo de personalidad, al perder la protección de la familia corre el riesgo de sufrir trastornos mentales. "Es válido pensar que los guatemaltecos que cometieron suicidio por perder a todos o a la mayoría de sus familiares a consecuencia de los terremotos que asolaron el país tenían este tipo de personalidad" (Díaz-Guerrero, 1984 pp. 20).

El tipo de personalidad rebelde activamente autoafirmativo, desde los 12 años se opone a la obediencia absoluta hacia los padres y maestros, discute y arguye mucho más que otros jóvenes acerca de las órdenes de las figuras de autoridad. Este tipo de individuo se encuentra más entre las clases media y alta que entre la clase baja. Es más dominante, agresivo y con una mayor necesidad de decidir las cosas por sí solo que sus compañeros; se enoja más fácilmente, es capaz de lastimar los sentimientos de las personas con tal de salirse con la suya, es vengativo, peleonero, irritable, tiende a llevar la contra. Tiende a ser más perceptivo que sus compañeros de edad, ve y define con claridad muchas cosas, trata de controlar su ambiente y de influenciar o dirigir a sus compañeros, le gusta asumir el papel de líderes, expresa sus opiniones con fuerza, es autoafirmativo, autoritario, le agrada dirigir a sus compañeros. Son jóvenes que tienden a ser independientes, autónomos, rebeldes, individualistas y autosuficientes, se revelan a las órdenes y, si el medio familiar les es hostil, tienden a aislarse y convertirse en individuos solitarios. Son desordenados, les importa poco su aspecto externo y pueden incluso parecer hippies, tienden a la inconsistencia, variabilidad y desorganización en sus actividades.

A los 15 años, el tipo autoafirmativo y rebelde se manifiesta algo más rápido en sus reacciones que los demás, en varios aspectos, su inteligencia es más despierta que la de sus compañeros; más que agresivo es impulsivo e impetuoso, más excitable, poco cauteloso y tiende a actuar sin pensar; su hablar es espontáneo, libre y sin inhibiciones; es un poco aventurero, parece estar siempre de prisa, da rienda suelta a sus deseos y emociones, es impaciente y audaz; tiene poco interés por obtener la aprobación de la sociedad o de sus padres, no le importa lo que los demás piensen de él ni de su reputación; son jóvenes poco sensitivos a los deseos formales, a las necesidades sociales y a las reglas y orden social.

A veces su actitud y conducta pueden considerarse desagradables, desde el punto de vista de la sociedad, se vuelven rebeldes ante las órdenes de los padres y maestros. Debido a su rebeldía tienen que enfrentarse a un gran número de situaciones frustrantes y, como les falta orden y organización interna de su personalidad, pueden sufrir problemas emocionales y sentir mayor ansiedad que sus compañeros de edad. Por otra parte, tienden a dar calificaciones más altas en pruebas de desarrollo intelectual y son más veloces para leer y comprender mejor lo que leen.

A los 18 años estos jóvenes mostrarán más signos de problemas de ajuste que sus compañeros, experimentan más ansiedad y más hostilidad hacia el medio social que los rodea, continuarán manteniendo un desarrollo intelectual, sobre todo para quehaceres académicos y científicos superior a sus coetáneos.

Siguen siendo rebeldes ante figuras de autoridad, pero se caracterizan por su gran necesidad de autonomía, en la que mostrarán su impulso por romper con las restricciones, gozarán el no tener lazos con los demás, ser libres, no tener obligaciones con nadie. Ante todo desean ser independientes, autosuficientes, libres, autónomos, rebeldes, ingobernables, inconformes, desobedientes; puede acentuarse su tendencia al aislamiento, a ser solitarios o a tener pocos amigos.

Los jóvenes con control interno activo a los 12 años, son muy estudiosos y capaces, son bastante más afectuosos y obedientes afiliativos, complacientes con sus padres, educados, corteses y obedientes con los adultos en general, no son ni más ni menos activamente autoafirmativos que sus compañeros de edad, pero son menos agresivos; no son peleones, ni irritables, no amenazan, no se enojan fácilmente, no son hostiles, ni vengativos, ni toscos; les disgusta lastimar a las personas. Parecen poseer bastantes recursos internos para enfrentarse a la mayor parte de los problemas que deben afrontar.

Estos muchachos tienden a ser más sistemáticos, les disgustan los amontonamientos, la discusión, la falta de organización y al igual que los jóvenes tipo 1, se interesan por métodos que les permitan mantener las cosas en orden; son más consistentes, ordenados, limpios, metódicos, reflexivos, tienden a planear más las cosas y a ser menos impulsivos que sus compañeros de edad. Tienden a ser optimistas acerca de la habilidad del hombre para resolver los problemas, piensan que los problemas hay que afrontarlos en el momento; son cautelosos, son audaces cuando la situación así lo requiere.

A los 15 años estos jóvenes no poseen tantas características positivas como a los 12, a pesar de ello, superan cognoscitiva y tal vez intelectualmente a sus coetáneos, siguen siendo organizados, limpios, ordenados y siguen planeando las cosas; por otra parte, tienden a ser menos autoafirmativos que sus compañeros de edad, por lo que tienden a obedecer más a sus mayores.

A los 18 años vuelven a aparecer en estos muchachos muchas de las características positivas que tenían a los 12 años, muestran tener menor ansiedad que sus coetáneos, al parecer gozan de una mayor libertad interna.

Los jóvenes mexicanos con control externo pasivo a los 12 años son descontrolados, agresivos, impulsivos, pesimistas, rebeldes, desobedientes; sus habilidades intelectuales y académicas son pobres, se enojan más fácilmente que los demás, son capaces de lastimar los sentimientos de otros por salirse con la suya; tienden a ser peleoneros, vengativos, irritables, a llevar la contra, no muestran una tendencia al liderazgo como se observa en los rebeldes. Son desobedientes y poco complacientes con las figuras de autoridad, carecen además de la necesidad de autonomía que caracteriza a los activamente autoafirmativos; son convenencieros y buscan depender de otros. Pueden intentar asociarse con aquellos que tienen poder con tal de alcanzar sus fines.

Estos muchachos son impulsivos, impetuosos, poco cautelosos, hacen las cosas sin pensar, dan rienda suelta a sus deseos y emociones, son impacientes y audaces. Pueden ser campo fértil para la corrupción, tratarán de copiar a sus compañeros o utilizar cualquier medio con la finalidad de pasar un examen. Es difícil hallar el lado positivo de este tipo de jóvenes.

A los 15 años su desarrollo intelectual sigue siendo menor que el de sus compañeros de edad; siguen siendo agresivos, impulsivos, desordenados, rebeldes a la autoridad; muestran algo de autoafirmación activa en su desobediencia, son más defensivos y posiblemente más mentirosos que sus coetáneos, caen en el cinismo.

A los 18 años se encuentran mucho más abajo en aspectos académicos que sus compañeros, son más ansiosos, menos creativos, más defensivos y probablemente más mentirosos que sus coetáneos. Demuestran una necesidad más genuina de autonomía que posiblemente sea el reflejo de su éxito como líderes o cómplices en aspectos negativos de política estudiantil, siguen siendo pesimistas respecto al ser humano y cínicos; son competitivos, pero tratan de evitar enfrentarse a los problemas.

Todos estos tipos de personalidad se dan en menor o mayor intensidad, tanto en hombres como en mujeres. Parece que el tipo rebelde autoafirmativo se da más en hombres que en mujeres, y con el tipo pasivo, obediente-afiliativo sucede lo contrario. El tipo control interno activo parece darse por igual en hombres y mujeres al igual que el control externo pasivo.

En México durante la adolescencia el signo de virilidad en el joven es hablar o actuar en la esfera sexual, quien posea información o experiencia respecto a asuntos sexuales será el líder del grupo, las jovencitas son la meta codiciada de los muchachos.

En su libro *Psicología del Mexicano* Díaz-Guerrero (1994), reporta que de un grupo de estudiantes de secundaria de la Ciudad de México el 70% de ellos estaba de acuerdo con el dicho "Las órdenes de un padre deberían ser siempre obedecidas", aun cuando podían estar de acuerdo con otro que explicaba que todos los padres pueden equivocarse y que se puede dudar de su palabra, si es que no parece razonable. Entre más baja es la clase social, la actitud de obediencia hacia el padre es más fuerte. El 28% de los muchachos de clase baja superior (hijos de obreros calificados o con educación y ocupaciones semejantes) estaban de acuerdo con esta actitud de obediencia, sólo el 59% de los de clase media alta lo hacían. Los adolescentes mexicanos emocionalmente hablando, se sienten tan seguros de sí mismos, o más que los de otras nacionalidades, se sienten seguros como miembros de una familia, pues todos tienden a ayudarse entre sí.

Es mucho lo que se ha escrito en torno a la adolescencia, ya sea desde una perspectiva biológica, psicoanalista, epigenética, cultural, etc., y la mayoría de los autores coinciden en conceptualizarla como una etapa singular de ajuste y confusión en el desarrollo del ser humano, en la que se encuentra constantemente sometido a situaciones de estrés.

Esto propicia que el adolescente sea vulnerable en su estado emocional, por lo que hace uso de diversas respuestas (adaptativas y maladaptativas) ante situaciones estresantes. Un patrón de conducta psicopatológico (o maladaptativo) depende no sólo de la conducta, sino también del contexto sociocultural en el cual la conducta ocurre. Las respuestas de enfrentamiento ante estresores agudos o crónicos son parte de un proceso personal muy complejo.

No importa la perspectiva desde la que se aborde el estudio de la adolescencia, se puede observar que es un período lleno de cambios significativos para los individuos y de estímulos provocadores de emociones, lo que se refleja claramente en las formas de respuesta emocional; siendo las pautas emocionales típicas: el miedo, la preocupación, el enojo, la ansiedad, la ira, el disgusto, las frustraciones, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad (Hurlock, 1980). De especial importancia para la presente investigación es el enojo como manifestación conductual, y las conductas autodestructivas como formas de enfrentar las demandas de ajuste de esta etapa.

CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y SUICIDIO

En la presente investigación se hará referencia a las conductas autodestructivas como cualquier conducta realizada voluntariamente que ponga en riesgo la salud física o mental del individuo. Wells y Stuart (1989), mencionan que muchos profesionales han reconocido dentro del rango de posibles manifestaciones de serios deseos autodestructivos en niños y adolescentes al suicidio, la tentativa de suicidio, el abuso de alcohol y drogas, los desórdenes alimenticios, huir de casa, la promiscuidad, la prostitución y repetidos embarazos no deseados. Para estos autores lo importante son las consecuencias de las conductas y no tanto si son llevadas a cabo de manera consciente o inconsciente.

Farberow (1977) llama conductas autodestructivas "indirectas" a aquellos actos claramente autodestructivos, menciona que son tendencias suicidas inconscientes, y el individuo parece no advertir (o lo hace mínimamente) que esas acciones son intentos para destruirse o lastimarse a sí mismo.

Nilson (1989), menciona que uno de los motivos fundamentales por el que los niños y adolescentes huyen de casa, abusan del alcohol y de las drogas, y presentan conductas suicidas, se relaciona con un profundo anhelo por tener paz y estar con alguien que los ame y los cuide. Ella indica que algunos autores enfatizan que los niños huyen de su casa por un saludable deseo de aventura y de ser independientes.

En este sentido, Farley (1985) en su teoría de la personalidad tipo T (la T se refiere a thrills = emociones), menciona que la conducta tipo T se refiere a tomar riesgos, buscar emoción, estimulación, y excitación. Una premisa fundamental de esta teoría menciona que el grado en el cual la gente busca el riesgo y la estimulación, ya sea física o psicológica, es básica para muchas de sus conductas. Farley hace una clasificación de la personalidad Tipo T, por una parte propone la existencia de una personalidad T(+) que toma riesgos y busca emociones positivas, saludables y constructivas. La T(-), por otra parte, toma riesgos y busca emociones negativas y destructivas (para sí mismo y para otros), por ejemplo la delincuencia, crimen, el abuso de drogas y alcohol, tomar y manejar, etc. La T mental se refiere a buscar riesgos y buscar emociones psicológicas o mentales, por ejemplo, tomar riesgos financieros, en relaciones interpersonales, creatividad cognitiva en todos los campos, etc. La T física se refiere a buscar riesgos y emociones físicas, por ejemplo, deportes emocionantes, carreras de automóviles, algún tipo de violencia física, etc. La mayor parte de los fenómenos en donde se busca el riesgo involucran la T mental y la T física, por ejemplo, el sexo.

Algunos de los factores que motivan la conducta Tipo T son:

- ↻ Incertidumbre
- ↻ Impredicibilidad
- ↻ Alto riesgo
- ↻ Novedad
- ↻ Mucha variedad
- ↻ Complejidad
- ↻ Ambigüedad
- ↻ Baja estructura
- ↻ Alta intensidad
- ↻ Alto conflicto

No todos los tipo T están necesariamente motivados por todos los factores listados. De acuerdo con Farley (1985), la mayor parte de las muertes de adolescentes se debe a su propia conducta de tomar riesgos, entre las edades de 15 y 25 años, la principal fuente de mortandad es por accidentes automovilísticos, y muchos adolescentes quedan mutilados o inválidos. Farley cree que la conducta Tipo T es un factor central en la causa de tales muertes y lesiones, aunado a esto se observa que aproximadamente el 50% de las muertes por accidentes automovilísticos se relacionan con el consumo de alcohol.

Otra implicación a la salud de la personalidad Tipo T se refiere al riesgo de transmitir o recibir el virus del SIDA; son dos los argumentos que Farley menciona en torno a esto: primero, los T's son frecuentemente impulsivos, por lo que en el calor de la pasión no se toman el tiempo necesario para practicar el sexo seguro (como sería el uso del condón); segundo, por la naturaleza de su conducta sexual tienen preferencia por la variedad en el sexo (tanto de pareja como de prácticas sexuales), y les encanta la actividad sexual.

Otros autores se centran en los problemas intrapsíquicos o deficiencias en los estilos de enfrentamiento y en la presión ambiental que sufren los niños y adolescentes, mencionan que al no poder manejar la presión ordinaria de su vida pueden manifestar conductas autodestructivas. En niños que sufren maltratos y abuso por parte de sus padres, la dinámica de la conducta autodestructiva involucra una gran ira hacia el agresor, con fuertes deseos de que éste muera. Cuando por alguna razón el padre agresor muere o cae enfermo el niño cree que su enojo y pensamiento fueron la causa, entonces empieza a sentirse culpable y cree que debe expiar su culpa por medio del suicidio, experimentando con el alcohol, manejando rápido o con cualquier otra conducta autodestructiva (Nilson, 1989).

De acuerdo con esta perspectiva el suicidio en los adolescentes es el clímax de todo el rango de posibles manifestaciones de deseos autodestructivos.

Tradicionalmente se ha considerado al suicidio, "autoasesinato" como un síntoma de patología mental o como la expresión de conflictos mentales, como por ejemplo la depresión; sin embargo, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas; es un concepto conocido por el individuo "normal" y posee un valor afectivo y ético, así como un significado existencial.

Los filósofos ven al suicidio como una afirmación de la libertad humana, para los sociólogos constituye un concepto de un hecho social susceptible de ser reducido a un análisis factorial, para los psiquiatras y psicólogos el suicidio es una preocupación mayor, cotidiana, concreta, un problema de salud que ha llamado la atención de muchos investigadores a través de los años. Han tratado el suicidio a partiendo de casos clínicos concretos tratando de asir la realidad misma del suicidio a través del suicida (Moron, 1987).

Con bases tan diversas ha resultado difícil adoptar hacia el suicidio una definición que no prejuzgue la finalidad del acto, ni la más poderosa razón de sus motivaciones. Deshaies (citado en Moron, 1987), lo define como el acto de matarse de una manera habitualmente consciente tomando la muerte como medio o fin.

Durkheim (1977), llama suicidio a todo caso de muerte que resulta de un acto directa o indirectamente positivo o negativo, realizado por la víctima misma y sabiendo ella que debía producirse tal resultado. Para Durkheim resulta indiferente si la muerte había sido aceptada como condición para alcanzar algo o si había sido deseada por sí misma.

Freud (1917-1957), conceptualiza al suicidio como una agresión introvertida de los impulsos generados por la pérdida de un objeto de amor.

Desde el punto de vista estrictamente médico, "el suicidio propiamente dicho" (que conlleva por definición la muerte del sujeto) se ha opuesto a otras conductas suicidas que responden más o menos a la denominación de "tentativas de suicidio", cuya frecuencia es cada vez mayor (estimada de dos a veinte veces más importante que la del suicidio logrado) y cuya finalidad autodestructiva es con frecuencia ambigua, lo que lleva a algunos autores a utilizar el término parasuicida (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen y Lann, 1991).

Frente a tales "suicidas" se impone una intervención tanto médica como psicológica e incluso social, destinada a restablecer la salud mental del sujeto, estudiando su gesto para prevenir cualquier reincidencia (Moron, 1987).

Garrison y cols. (1991) proponen una serie de conceptualizaciones alrededor del suicidio para incluir categorías conductuales como las siguientes:

- *Suicidio consumado*: ocurre cuando alguien atenta contra su vida con intenciones conscientes de matarse y lo logra.
- *Tentativa de suicidio*: tiene todos los elementos de un suicidio consumado, excepto que el individuo sobrevive.
- *Gesto suicida*: consiste en un acto que es simbólico de suicidio pero que constituye una amenaza seria para la vida del individuo. Muchas veces es un acto de baja letalidad.

- *Amenaza de suicidio*: incluye verbalizaciones o conductas que indican un deseo de autodestrucción.
- *Ideación suicida*: tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte.
- *Muerte subintencional*: tener conductas que lleven a posibles victimizaciones.

Otra categoría conductual, central en la presente investigación es el *riesgo suicida*, el cual se puede entender como la predicción de la probabilidad suicida con base en la experiencia previa y actual de un sujeto. El riesgo suicida incluye factores como la edad, el sexo, la clase socio-económica, la religión, etc. que han sido estudiados para poder predecir probabilísticamente el aumento o la disminución de riesgo suicida que una persona tenga (Lazard, 1988).

Shneidman (1976), centra su teoría del suicidio sobre tres aspectos:

- La letalidad, que 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, por ejemplo, el uso de drogas, alcohol, etc.

El suicidio ha sido, también conceptualizado como un acto impulsivo resultado de una falta de control en sí mismo, tanto física como psicológicamente. Por lo que se ha llegado a pensar que los individuos con tipos de personalidades impulsivas presentan entre otras cosas una mayor probabilidad de tener riesgos suicidas. La noción del estilo cognoscitivo impulsivo ha sido abordado en diferentes trabajos por Finch & Kendall (1979) en Lazard, (1988).

Se dice que una de las características del suicidio es la producción de un suceso consciente y voluntario (salvo en los casos en que la melancolía es aguda o existe estupor), sin embargo, no ocurre lo mismo en algunos accidentes, en los que no siempre hay una conciencia plena, y llevan impreso un carácter de actuación inconsciente. Para Fenichel y de Gamma (citados en García, 1978) todo suicidio participa de mecanismos que encontramos en la agresión.

Es frecuente encontrar casos en los que se matan sólo algunas partes del cuerpo (microsuicidios o conductas autodestructivas), por ejemplo las automutilaciones, el rechazo de alimentos (en la bulimia o anorexia), o el rechazo de una atención médica de cualquier tipo.

Por lo tanto el suicidio no solamente se limita al hecho de quitarse la vida sino, que involucra conductas de autodestrucción que atentan de igual forma contra la vida del sujeto y por lo tanto, merecen ser estudiadas.

El suicidio o la tentativa de suicidio pueden adquirir diferentes significados, por ejemplo, ataques internalizados y formas de atraer la atención a manera de pedir auxilio, y debe ser entendido como el momento final de un proceso interno del individuo, que consiste en la ejecución del acto autodestructivo. Puede irse desarrollando el proceso y presentarse en el momento final bajo la forma de enfermedad. Tal es el caso de la farmacodependencia y el alcoholismo, clasificados por la OMS, bajo el rubro de suicidio lento.

Muchas han sido las explicaciones dadas al fenómeno del suicidio, Shneidman (1976) y Weisman (1971), mencionan que el suicidio es una conducta impulsiva combinada con factores caracteriológicos del sujeto. Asberg, Traskman y Thoren (1976 en Giraldo 1988) abordan el suicidio desde una perspectiva bioquímica. Durkheim (1977) menciona que la autodestrucción es el resultado de un sentimiento por parte del individuo de sentir que no tiene raíces sociales y culturales.

El estado atmosférico fue contemplado por Hipócrates como capaz de influir sobre el comportamiento humano. Actualmente se ha observado, en forma aproximada, que las depresiones barométricas bruscas y la hipotensión electrostática son depresivas y vagotónicas, mientras que la hiperpresión barométrica y la hipertensión electrostática son excitantes y simpaticotónicas. A través del sistema neurovegetativo, las influencias atmosféricas podrían ejercerse sobre la tonalidad afectiva, la emotividad y la impulsividad. Por otra parte, se observa una mayor frecuencia en las ciudades que en el campo.

En cuanto a los cambios fisiológicos de la pubertad, la menopausia y la andropausia, se sospecha que la menstruación juega cierto papel (Hipócrates, Esquírol). Al parecer hay una mayor incidencia de suicidios dentro del período premenstrual, con un máximo el primer día de la menstruación. El período menopáusico favorece el desequilibrio neuropsíquico y las reacciones cataclísmicas (Moron, 1987).

La constitución mental representa un papel sin lograr definir una constitución "suicidógena" especial. Se encuentran todas las variedades de carácter en los suicidas. Sin embargo, existen ciertas disposiciones, como la emotividad, impulsividad, labilidad, dominancia afectiva, etc., que inclinan más hacia las reacciones suicidas (Moron, 1987).

Desde el punto de vista intelectual, se observan todos los niveles, desde la debilidad mental hasta la genialidad. La reacción suicida se favorece particularmente cuando existe una disposición mórbida, sobre todo en orden depresivo (Moron, 1987).

Los fracasos en personalidades más o menos mórbidas, cuentan en la reacción terminal, basta una situación conflictiva, un acontecimiento ocasional penoso (luto, decepción, preocupaciones económicas, rivalidad, etc.) para desencadenar la conducta autodestructiva. Las crisis económicas tienden a aumentar la frecuencia del suicidio (Moron, 1987).

De acuerdo con Moron (1987) la estructura y densidad social son condiciones más generales en los efectos globales, susceptibles de tener una incidencia sobre las conductas individuales. Así las epidemias de suicidio han existido en todos los tiempos:

- Plutarco proporciona un ejemplo de una epidemia de suicidio por ahorcamiento entre señoritas de Mileto.
- Poco antes de la segunda guerra mundial, hubo en Europa central una epidemia de suicidios provocada por la audición de un disco llamado Domingo Sombrio.
- Los cinco muertos del "Ejército de Liberación" en los Angeles el 17 de mayo de 1974.
- Las once personas fallecidas en el complejo MOVE en Filadelfia, el 13 de mayo de 1985.

- Las sesenta personas de una tribu filipina que se suicidaron por orden del gurú en 1988.
- Los dieciocho seguidores sectarios italianos suicidados por orden del líder acorralado por las autoridades federales.
- Los doce adeptos de la "Secta del Modiodía" que perecieron en Tijuana en diciembre de 1990 durante una misa negra.
- Los novecientos veintiocho de la secta del "Templo de Dios" envenenados en Guyana.

De acuerdo con Quidi (1970 citado en Moron, 1987), el suicidio se inscribe en el marco de una afección mental y frecuentemente es un síntoma de ésta, sin embargo, el estudio de los antecedentes no siempre es confiable para destacar la existencia de dicha afección.

La melancolía bajo todas sus formas es el estado en el que se elabora mejor la idea de la muerte, el dolor moral, la culpabilidad, la auto-acusación y hasta la inhibición, prohibiendo toda descarga dirigida hacia el exterior. La tentativa puede señalar el principio del ataque. En la formas ansiolíticas y de enajenación, se le encuentra en todo su apogeo.

Más preocupante es el suicidio largamente premeditado y cuidadosamente disimulado, a veces cometido con cierta serenidad, como cumpliendo con un rito, que traduce el deseo de muerte del melancólico (Gilling, 1982).

En los estados depresivos reaccionales, en el curso de un acontecimiento doloroso el suicidio aparece como una llamada de auxilio. Los estados depresivos neuróticos, señalan la descompensación de un estado neurótico hasta entonces bien tolerado. El paso al acto es función de la estructura de defensas, ya que el deseo puede permanecer en el dominio de la obsesión-suicida (Gilling, 1982).

En cuanto a la esquizofrenia, se observan frecuentes reacciones auto-agresivas en el esquizofrénico como primera señal de afección. En la convalecencia, la tentativa de suicidio puede indicar un momento de ansiedad, desencadenar impulsivamente un acceso catatónico, e inscribirse en el cuadro de un delirio paranoide. No es raro en el esquizofrénico que reaccione mediante el suicidio a las dificultades de una readaptación social (Moron, 1987).

En cuanto a los delirios crónicos, el gesto suicida está presente paradójica e ilógicamente en la reacción de defensa del perseguido, como obediencia en el alucinado, como sacrificio en el místico, o como refugio del hipocondríaco. Por su parte, los estados confuso-oníricos pueden facilitar el acto suicida, debido a la carga ansiolítica que implica el delirio onírico (Moron, 1987).

En cuanto a las demencias, el delirio se encuentra raramente en esta situación. Es más frecuente al inicio, en el caso de reacciones melancólicas que acompañan frecuentemente a este estado con ideas de culpa, de muerte, de desgracia, sentimientos de ineficacia, de inutilidad (Moron, 1987).

Es posible observar una conducta suicida en todos los neuróticos: en la psico-neurosis obsesiva, se trata de la obsesión del suicidio, el paso al acto es poco frecuente, pero puede ser el desenlace de una lucha estéril contra la pulsión. En la histeria, el suicidio teatral es con frecuencia la respuesta a una sensibilidad muy particular a las frustraciones (Moron, 1987).

En las neurosis de carácter, el sujeto eternamente ansioso, devaluado y frustrado, reacciona con bastante frecuencia impulsivamente. Los desequilibrados están muy expuestos al suicidio, debido a su imposibilidad de adaptación a un medio cualquiera. Ocasionalmente en perversos o mltómanos, el gesto puede revestir el significado de una rebelión o un chantaje (Moron, 1987).

De acuerdo a Braconnier y Olievenstein (1980 en Moron, 1987), en las toxicomanías, es posible inscribir el suicidio:

- ⊖ a título de chantaje (en busca de droga);
- ⊖ en estados depresivos secundarios;
- ⊖ en la embriaguez depresiva debida al alcohol; y
- ⊖ en los estados confuso-oníricos de una psicosis alcohólica subaguda o aguda (delirium tremens); las depresiones reaccionales asociadas al alcoholismo conducen con frecuencia al suicidio.

Es clásico el suicidio impulsivo o emocional del débil mental. Las afecciones del sistema nervioso central: vasculares, cancerosas, traumáticas o infecciosas (esclerosis en placas o encefalitis), todas pueden condicionar una conducta suicida.

De acuerdo con Lazard (1988), en algunos países se utilizan diferentes métodos para llevar a cabo el suicidio, entre los cuales se encuentran: las drogas, armas de fuego, armas blancas, accidentes automovilísticos, ahorcamiento, cortarse las venas, veneno de ratas, sales de arsénico, estricnina, mercurio, tintura de yodo, belladona, barbitúricos, alcohol, cianuro de mercurio, dejarse picar por algún animal (víboras, tarántulas, etc.), vapores de carbón, gas, electrocución. En México el método más empleado por las mujeres es el envenenamiento con sustancias y entre los hombres el ahorcamiento, las armas de fuego y los explosivos.

En lo que concierne a México, en el año de 1994, el medio más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento (53% de todas las muertes por suicidio), mientras que para las mujeres, el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares (33 y 32% del total de muertes por suicidio, respectivamente). El uso de arma de fuego y explosivos le sigue en importancia para los hombres (33%) y para las mujeres (25%). Durante el período de 1970-1994, en los hombres se incrementó el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, así, en 1994 estas dos causas dan cuenta de casi el 90% de todos los suicidios masculinos. En las mujeres se ha incrementado el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, mientras que la ingestión de sustancias ha permanecido constante durante este período (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Una aproximación para el estudio y organización de los indicadores suicidas en la adolescencia se basa sobre la idea de que el acto suicida es la culminación de un proceso que empieza su desarrollo en la infancia. En general este proceso involucra tres estados identificables.

El primero de ellos es una larga historia de problemas desde la infancia hasta la adolescencia temprana, involucrando fundamentalmente inestabilidad familiar y social. Esos problemas ambientales pueden jugar un papel importante en el desarrollo de características estables de personalidad, lo cual está muchas veces relacionado al riesgo crónico suicida, dentro del contexto de una historia problemática (Anderson, 1981).

Basándose sobre una investigación con adolescentes que habían intentado suicidarse, Teicher (1979) sostiene que los cinco años previos al intento de suicidio están frecuentemente marcados por dificultades personales, médicas, sociales, y familiares. La separación de las figuras parentales en períodos críticos de desarrollo puede ser un factor fundamental de la predisposición del adolescente al suicidio.

Glaser (1978) expresa que la pérdida o abandono de una figura parental provoca dolor, enojo y depresión en el adolescente, y en el caso de la muerte de alguno de los padres, ellos pueden expresar pensamientos suicidas con el deseo de unirse con el padre. Quizá prevalezca culpa, especialmente cuando la relación con el padre muerto fue pobre y consciente o inconscientemente deseo su muerte cuando vivía. Las auto-acusaciones, la depresión y las conductas de auto-castigo son tentativas para expiar su culpa. Tuckman y Cannon (1962), describen condiciones pobres en el hogar, desorganización y poca armonía entre los padres de jóvenes con tentativas de suicidio.

En resumen, el riesgo suicida parece ser más grande para aquellos adolescentes que han experimentado significativas y repetidas pérdidas de objetos, o quienes han crecido en un ambiente inestable u hostil, el cual les ofrece poco soporte u oportunidad para establecer y mantener relaciones significativas.

Dentro del contexto de una larga historia de problemas, un segundo estado ocurre en el proceso que lleva al intento de suicidio. Este estado involucra una intensificación de los problemas asociados con el arranque de la adolescencia y muchas veces incluye agudos cambios conductuales. Muchos de los problemas que ocurren en este tiempo involucran tentativas de los padres por enfrentarse con un nuevo estado de desarrollo. El adolescente muchas veces se siente no comprendido, castigado injustamente, y puede probar varias técnicas para adaptarse que incluyen la rebelión, destrucción, conducta antisocial, enfermedades psicosomáticas y finalmente el aislamiento como mecanismos para comunicarse con los padres. Los padres, sin embargo, pueden ver esas técnicas adaptativas como si el joven se estuviera portando mal y gradualmente las opciones adaptativas se van limitando para guiarlo al intento de suicidio como un recurso para atraer su atención.

Muchos de los adolescentes que intentan suicidarse tienen pocos amigos cercanos y ninguno con quien contar cuando necesitan hablar acerca de sus problemas. En el momento de la ruptura social, el adolescente puede también mostrar agudos cambios conductuales. Otto (1964) y Frederick (1972), en un estudio de cambios conductuales antes del suicidio en niños y adolescentes, encontraron síntomas depresivos (agitación, anorexia, insomnio, disturbios psicosomáticos y ansiedad).

El estado final en el proceso que conduce al adolescente a la tentativa de suicidio generalmente involucra una situación o evento disparador. Jacobs (1971) y Teicher (1979) han discutido el papel que juega el romance en este proceso. Los jóvenes invierten mucho tiempo y energía en sus relaciones amorosas, y cuando el romance falla, los adolescentes se sienten totalmente solos y abandonados.

Algunos precursores situacionales del suicidio pueden incluir enfermedades físicas y situaciones de fracaso, Fawcett y Susman (1975) citan un número de estudios en los cuales encontraron que el riesgo suicida es considerablemente alto cuando se halla presente una salud física pobre. El fracaso o la anticipación del mismo puede provocar sentimientos de desesperanza y finalmente conducir al intento de suicidio.

En cuanto a la relación entre riesgo suicida y conducta autodestructiva se observa que si ésta es aguda y de aparición súbita, mejor será el pronóstico, mientras que si es crónica y de aparición insidiosa es peor el diagnóstico. Un cambio reciente en la conducta, combinado con una historia de reciente intento suicida, marca un riesgo mayor en un futuro inmediato.

Si ha habido un patrón repetitivo de conducta autodestructiva durante un período prolongado de tiempo, el pronóstico no es bueno en la mayor parte de estos casos y sobre todo cuando la edad va avanzando y la condición de la persona gradualmente va empeorando. Una persona con intentos suicidas previos se encuentra más predispuesta al suicidio que una persona que lo ha llevado a cabo por primera vez.

En cuanto a la evaluación de las personas que intentan el suicidio, se han considerado 3 grupos, de máximo intento, intento moderado y mínimo intento. Los casos considerados en el grupo de máximo intento son las personas que están muy cercanas al suicidio consumado, en donde el riesgo resulta alto, las edades y distribución sexual en las que hay mayor frecuencia de este tipo de intento corresponden a las personas que llegan a consumir el suicidio, una buena parte de estas personas han tenido historias de intentos suicidas previos.

Las personas que pertenecen al grupo de intento moderado resultan más difíciles de distinguir, con frecuencia manifiestan estar inseguros de morir y muestran confusión al respecto, el porcentaje de personas correspondientes a este grupo rara vez se matan, el riesgo del acto es intermedio.

Finalmente, los individuos que integran el tercer grupo, intentan el suicidio con un riesgo bajo, en estos casos es un acto autodestructivo donde generalmente el daño personal hecho durante el intento parece ser suficiente para ellos, no teniendo intención de morir.

Como se ha observado las conductas autodestructivas son parte de un complejo proceso cuya culminación es el intento de suicidio, las posibles causas son múltiples y de diferente naturaleza, es por ello que resulta de suma importancia profundizar en la investigación de estos fenómenos, cuya presencia es innegable en la historia de la humanidad.

HISTORIA DEL SUICIDIO

Existen muchos datos que hablan del suicidio desde las sociedades más antiguas. En todos los tiempos, el hombre ha intentado ejercer sobre sí mismo el derecho de vida y muerte.

A continuación se presenta una breve reseña del suicidio a través de algunos países, empezando desde la antigüedad, siguiendo con el cristianismo y la época actual.

En el México precolombino, en el código Dresdensis se habla de la más extraña deidad en el cementerio Maya, con referencia a la diosa Ixtab, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a entrar al paraíso.

Los antiguos hebreos recuerdan cinco suicidios en la biblia, todos ellos relacionados con actos de guerra. En el nuevo testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote (García y Tapia, 1990). En la India, desde la Antigüedad, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la "nada absoluta"), frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso de buda Siddharta Gautama. Se distinguían dos tipos de suicidas:

- el que buscaba la perfección
- el que huía ante el enemigo

Las reacciones suicidas eran a veces masivas, después de la muerte de Confucio, 500 de sus discípulos se precipitaron al mar para protestar contra la destrucción de sus libros. En el Japón, el concepto de honor llevaba a los nobles a hacerse el hara-kiri. Durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar a sus divinidades. En Egipto se pedía a la muerte la liberación. Los partidarios se agrupaban en asociaciones para buscar los medios más agradables de morir.

En Atenas, el suicidio se castigaba; al cadáver se le privaba de sepultura, su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar. Los estoicos, bajo la influencia de Platón, hacían poco caso de la vida ("salimos de la vida con tanta satisfacción como de un cuarto lleno de humo"). El filósofo Hegesias, con el nombre de Pisathanatos ("el que empuja hacia la muerte") hacía una apología tan elocuente del suicidio que sus seguidores se mataban. Los escépticos fueron igualmente apóstoles del suicidio.

En Roma los suicidas fueron numerosos, sobre todo en el período de la decadencia del Imperio. Se puede observar una gran influencia de los filósofos (para Séneca, "pensar en la muerte, es pensar en la libertad") y de los literatos como Lucano, llamado "el poeta del suicidio"; pero también la influencia de la política: cerca del emperador, los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes de la rapacidad del tirano. El suicidio entre esclavos era frecuente a pesar de que estaba prohibido, a los que sobrevivían se les castigaba severamente. Los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas. Sin embargo, todos tenían el derecho de autodestruirse en caso de sufrimiento intolerable.

En Galia y Germania hubo muchísimos suicidios religiosos. Con el fin de ver abrirse ante ellos las puertas del Walhalla (Germania), los ancianos y las mujeres se suicidaban frecuentemente; se mataban entre amigos al finalizar los banquetes. Las viudas se sacrificaban sobre los cuerpos de los esposos muertos. Los galos con frecuencia preferían la muerte a ser esclavos de los invasores romanos. Los visigodos al envejecer se precipitaban desde una roca (Roca de los Ancestros) para ganarse con su valentía la entrada al paraíso.

Posteriormente, el cristianismo prohíbe el suicidio, pues lo considera como un pecado. A los suicidas se les niega cristiana sepultura, de hecho, esta pena religiosa sustituye a la legislación secular que en esa época era inexistente. El derecho canónico fue entonces el único observado y mantenía la disciplina moral. En la Edad Media, el derecho canónico condenaba el suicidio en toda la cristiandad. En Francia, San Luis estableció la primera pena laica. A pesar de la misericordia social de entonces, fueron pocos los suicidas entre el siglo Vº y el siglo XIº.

En los siglos XII y XIII se registraron muchos casos de suicidio: la herejía cátara incitaba a algunos de sus miembros, los "Perfectos", a realizar el "suicidio sagrado". La represión fue violenta, tanto religiosa como secular: el cadáver del suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles. Santo Tomás de Aquino precisó la doctrina de la Iglesia que admite poco más tarde las excepciones del "Furiosus" y del "Insanus" del derecho romano, al introducir el concepto del suicidio patológico y, por ello, la disculpa. Lutero y Calvino, predicaban la sumisión a la voluntad de Dios. El protestantismo se pronuncia contra la legitimidad del suicidio.

En el siglo XVII la represión fue enérgica, el suicidio era un crimen, ya en el siglo XVIII las nuevas ideas ponen en boga el suicidio. Montesquieu y Rousseau tocan el tema en la Nouvelle Héloïse, y después en la Encyclopedie cuyo espíritu general es "derrumbar los prejuicios y hacer triunfar la razón". Para Alembart y Diderot el suicidio es una prueba de libertad individual. Voltaire también admite la legitimidad del suicidio en la última parte del Ingénu.

En 1774 aparece la obra de Goethe *Les souffrances du jeune Werther*, "Los muchachos de los cuatro rincones del mundo, vestidos a la Werther, con su frac azul y un pantalón corto amarillo, eufóricos, se precipitaron al otro mundo con un ejemplar del libro en su bolsillo" (Antoine Blondin, citado en Moron, 1987). En Italia el primer cónsul frenó, por medio de una orden del día que deshonraba a los suicidas, una epidemia de suicidios en el ejército. Napoleón alguna vez dijo: *Con frecuencia reflexioné sobre la moral en ese punto. Pregunté a varias personas su opinión y en el fondo pienso, que es mejor el sufrimiento a que un hombre ponga fin a su destino sea como fuere.*

En el siglo XIX la cantidad de suicidios aumentó mucho, quizá los factores sociales sean los culpables (influencia de las transformaciones económicas, políticas y humanas) o los factores culturales (ese "mal del siglo" mencionado por autores como Chateaubriand, Vigny, etc. en Moron, 1987). En el último cuarto de siglo se encuentran en Estados Unidos y Gran Bretaña clubes de suicidas.

Lo alcanzado por la civilización griega respecto al entendimiento o sabiduría del suicidio (una muestra clara es la tragedia griega Antígona de Sófocles) es perdido cuando la ruptura ideológica lleva al cristianismo a colocar al suicidio como un pecado. Ya en la época del renacimiento el acto es considerado como una prueba de valor (Goethe, El joven Werther). Actualmente existe gran controversia acerca del tema, algunos lo consideran como un acto de cobardía y otros como de valentía.

Esta breve exposición histórica del suicidio ofrece una diversidad de conceptos y muestra la universalidad de la idea del suicidio en la historia, los países y las sociedades; el significado del comportamiento suicida en diferentes períodos, sus lazos con las religiones, las filosofías, la literatura, el clima socio-cultural y la época.

Es importante hacer mención al hecho de que es tanto la particularidad interna del sujeto, como momento social histórico y la perspectiva desde donde se le mire lo que le da sentido al hecho de quitarse la vida.

De esta forma el suicidio puede ser considerado como:

- * Una norma moral,
- * Un acto heroico y reconocido para eternizarse,
- * Como un hecho reprochable,
- * Como un acto positivo,
- * Como un pecado que atenta contra las leyes divinas,
- * Para evitar la vergüenza de morir de vejez o enfermedad,
- * Por considerarse indigno de seguir viviendo,
- * Por no encontrarle un sentido a la vida,
- * La esposa que no tiene derecho a seguir viviendo si su compañero murió,
- * Como un deber (cuando un rey u oficial moría sus esclavos tenían la obligación de quitarse la vida).

En México actualmente se puede hablar de un consenso que considera al suicidio como algo inaceptable y reprochable (Gilling, 1987).

La palabra "suicidio" la utilizó por primera vez Desfontaines en 1737. La retomaron posteriormente los enciclopedistas, pero fue hasta el siglo XIX que se abordó verdaderamente su estudio científico (Moron, 1987).

En esa época surgieron dos escuelas, cada una proponiendo su explicación sobre la determinación de suicidarse: una psiquiátrica, que busca un principio de explicación dentro del individuo; y la otra, sociológica, que lo busca en el entorno social.

Esquirol es considerado el fundador de la *doctrina psiquiátrica*, en 1838, ubica al suicidio como un síntoma psicópata en la entonces naciente patología mental. Esta teoría fue adoptada por la mayoría de los psiquiatras (Georget, Cazauvielh, Briere de Boismont, Falret, Chaslin, M. de Fleury, Adler, Charles Blondel, etc.). Algunos ampliaron más sus límites Achille (1930), al encontrar entre los suicidas un 90% de ciclotímicos y un 10% de hiperemotivos, concluyendo que se debía estar más o menos loco para suicidarse.

También se admite que no todos los suicidas son psicópatas manifiestos, pero que, en el momento del acto suicida al menos, se encontraban en un estado afectivo o emocional patológico.

Durkheim (1977) y para la escuela sociológica, basaron su interpretación en un estudio estadístico sistemático, para ellos el suicidio representa un fenómeno constante que no puede explicar los actos individuales; también es el resultado de un condicionamiento de conjunto: influencias familiares, sociales, religiosas, etc.

Para Durkheim:

- 1) El suicidio en la cultura occidental es considerado como un fenómeno patológico o de desajuste psicosocial. Esta consideración viene dada desde las expectativas ideológicas de cada sociedad.
- 2) Un segundo punto a cuestionar es lo voluntario del acto, en donde el estudio de los actos inconscientes le quita peso a lo fortuito del fenómeno.

Haibwachs (1930, citado en Moron, 1987), hace un llamado al tipo de civilización, para él, el "vacío social" que se crea alrededor del individuo es la única causa del suicidio. Cada sociedad tendría "corrientes colectivas suicidógenas que actúan en cuatro distintas formas:

- 1) Por desintegración del grupo social (exceso de individualización): suicidio egoísta;
- 2) Por sobreintegración social (insuficiencia de individualización), suicida altruista de las sociedades primitivas.
- 3) Por dislocación anárquica del grupo social (suicidio durante crisis económicas, políticas) o insuficiencia de cohesión social; suicida "anónimo".
- 4) Por exceso de reglamentación social; suicidio "fatalista", cuyo interés según la escuela sociológica de principios de siglo, no sería más que histórica (el caso de los esclavos).

De acuerdo con este autor se debe tomar en cuenta la actitud de la sociedad y los diferentes juicios que ella aporta sobre actos exteriormente semejantes; la sociedad reprueba el suicidio y organiza el sacrificio; por lo tanto, estos dos actos marcan imperativos colectivos diferentes.

La sociología marxista hace alusión como un fenómeno ligado ante todo a la estructura capitalista de la sociedad. En una sociedad sana, idealmente comunista, no habría suicidios.

Se trata de una interpretación de los hechos desde una perspectiva conductista y esta psicología en tercera persona desconoce el problema esencial de la personalidad misma del suicida, renuncia a abordar el problema a nivel clínico y rechaza reconocer el sentido mismo del acto suicida.

Cuando nace la *Teoría psicológica* del suicidio utiliza simultáneamente los métodos estadísticos y psicopatológicos, aborda al suicida desde su aspecto físico, psíquico y social. Tal parece que la intención de la tentativa de suicidio no es nada más la muerte, sino tomar una posición con respecto al grupo y a la sociedad. Esta concepción permite a los sociólogos, estadistas, psicólogos y psiquiatras, estudiarlo dentro de diferentes perspectivas, una de ellas es la epidemiológica.

Como se ha podido observar, el suicidio es un mal que ha aquejado a la sociedad desde tiempos muy remotos, sin embargo, resulta preocupante el incremento que se ha observado actualmente en las tasas de suicidio entre adolescentes (Anderson, 1981) en niños y púberes (Pfeffer 1981, Shaffer y Fisher 1981).

El aumento en las tasas de suicidio en países desarrollados afecta especialmente a la población adolescente y adulta joven, este hecho ha llamado la atención hacia los factores situacionales capaces de producir cambios conductuales en los jóvenes, y por lo tanto influir en las tendencias suicidógenas. La población mayor de 65 años es afectada pero por diferentes causas, relacionadas más con un sentido en referencia a la calidad de vida de los ancianos (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994).

Cabildo y Elorriaga (1966), analizaron los reportes de suicidios ocurridos en México en el período de 1954 a 1963, encontrando que en 1954 se registraron 3.2 actos suicidas por cada 100 000 habitantes, en 1963 la cifra bajó a 2.1. En promedio, de 1954 a 1963 la tasa de actos suicidas fue de 2.5 suicidios, 1.6 consumados y 0.9 frustrados. La tendencia suicidógena de los hombres fue casi el doble que en las mujeres. De cada 5 intentos de suicidio en hombres, 4 condujeron a la muerte, en las mujeres el intento de suicidio falló 2 de cada 3 veces.

De acuerdo con Elorriaga (1972), en México de 1960 a 1969 la conducta suicida se incrementó 30.5% (3% anual). En tres de cada cuatro casos, el suicidio se consuma. De cada 3 casos, dos son hombres y una es mujer. La tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes (de los 15 a los 30 años), y disminuye ligeramente a medida que avanza la edad. Después de los 14 años, la tasa aumenta hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49 años, para aumentar nuevamente entre los 50 y los 59 años, volviendo a descender, ligeramente, después de los 60 años.

Lazard y Sulkes (1979), reportan que la población de adolescentes y personas de edad avanzada tienen un riesgo suicida mayor a la población adulta de mediana edad. Saltijeral y Terroba (1987), encontraron en la población mexicana una incidencia de actos autodestructivos en casi 2 de cada 100 000 habitantes en 1971; en 1972 esta cifra bajó un poco, para volver a incrementarse en 1973 y mantenerse en ese mismo nivel durante 1974; en 1975 la cifra descendió hasta 1980, año en el que se presenta la incidencia más baja (1.5 casos por 100 000 habitantes).

En 1970 hubieron 554 defunciones por suicidio (ambos sexos) en toda la República Mexicana, y en 1994 hubieron 2,603 defunciones. Durante este período la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por cien mil habitantes en 1970 a 2.89 por cien mil habitantes en 1994, un aumento de 156%; Este aumento es más marcado para la población masculina, que vio su tasa incrementada en 169% durante este período, contra 98% del incremento observado para la población femenina. En 1994 la mortalidad por suicidio representaba poco más del 0.6% del total de las muertas (Borges y cols. 1996).

Las diferencias entre hombres y mujeres de 1976 a 1978 es muy marcada, por casi 3 hombres que se suicidaron, una mujer lo hizo. En 1980 la proporción es de 2 hombres por cada mujer.

Por otra parte, entre 1973 y 1974 hubo un incremento de 223.8% en la mortalidad por suicidio por ambos sexos; a partir de 1974 la tasa de suicidio parece constante hasta 1984. De 1984 a 1985 la tasa de suicidio de la población total se incrementó en 65.7%, y de entonces a la fecha no se ha reducido. En términos de la mortalidad proporcional, el suicidio pasó del 0.11% al 0.62% de todas las defunciones. De 1970 a 1994, los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (más de 65 años), aunque se observa también un aumento en la tasa para la población más joven (menor de 19 años) (Borges y cols., 1996).

En 1994, las tasas más elevadas se observan en la población masculina, especialmente en la mayor de 65 años. La razón de tasas masculina/femenina para 1970 fue de 4.10 (1.82/0.44) y para 1994 de 5.6 (4.9/0.87), se observa con estos datos que el diferencial de mortalidad hombres/mujeres no sólo no ha disminuido sino que se ha ampliado durante el periodo de 1970-1994, en los años que cubre este periodo el incremento porcentual del suicidio ha sido de 170% para los hombres y de 98% para las mujeres (Borges y cols., 1996).

La distribución del suicidio en el país no es homogénea, en 1990 Aguascalientes y Baja California Sur no registraron casos, mientras que la tasa más alta se reportó en Tabasco, con 9.31 por cien mil habitantes (la tasa de suicidios en hombres fue de 16.39 y en mujeres de 2.24). El sureste del país resultó ser la zona más afectada y la zona noroeste la de menor incidencia. En 1994 el Estado de Tlaxcala y el de México registraron las tasas más bajas, mientras que las tasas más altas en Tabasco y Campeche, la parte sureste del país muestra las tasas más elevadas y la zona centro es la de menor incidencia, siendo la excepción el Distrito Federal, que tiene una tasa por encima del promedio nacional (Borges y cols., 1996).

Son las mujeres quienes presentan mayor número de intentos suicidas y los hombres un mayor número de suicidios consumados, las personas divorciadas, viudas o solteras presentan mayor probabilidad de llevar a cabo el suicidio. Las personas que ocupan puestos directivos tienden más al suicidio que los subordinados, los profesionistas son más sensibles al fracaso, es más frecuente entre aquellos que viven en las ciudades (Lazard, 1988).

La comparación de la tasa bruta de suicidios en México en comparación con la de algunos países latinoamericanos y con otras regiones del mundo, revela que las de México son de las más bajas; Jamaica, Perú y Guatemala, presentaron tasas menores. Los opuestos fueron Cuba, El Salvador y Canadá (Borges y cols., 1994).

Factores tales como la edad, el sexo, la clase socioeconómica, la religión, estado civil, etc., han sido estudiados para intentar predecir el aumento o disminución de riesgo suicida. Estudios realizados en diversos países muestran que los suicidios ocurren rara vez antes de los catorce años, aunque en países industrializados la tasa de suicidios entre adolescentes va en aumento (Lazard, 1988).

Se puede observar que el número de suicidios en México ha aumentado en las dos últimas décadas, especialmente en la población masculina, los jóvenes menores de 15 años desde fines de los años setenta presentan cada vez más mortalidad por el suicidio y las tasas siguen siendo elevadas entre los ancianos.

En cuanto a la edad se observa que a partir de mediados de la década de los setenta, comienzan a aparecer suicidios entre infantes y escolares (hasta los 14 años). El incremento en las tasas de suicidio es un fenómeno común a casi todos los grupos de edad, quienes presentan incrementos relativamente similares. Las excepciones son los grupos de 60-64 (con cambios relativamente pequeños entre 1970 y 1994), el grupo de 70-75 años (que presenta una disminución entre 1970 y 1994) y el grupo de 85 y más (que presentan grandes incrementos en las tasas de suicidio de 1970 a 1994) (Borges y cols., 1996).

De acuerdo con la revisión realizada por Borges y cols. (1996), para 1994 la tasa de suicidio masculino tiende a incrementarse con la edad, presentando un crecimiento muy acelerado a partir del grupo de edad 70-74 años. Para las mujeres, la tendencia de la mortalidad por edad es aplanada. La tasa más baja en los hombres fue de 0.29 por cien mil habitantes en el grupo de 0-14 años y la más elevada fue de 45.93 por cien mil habitantes en el grupo de 85 y más. En las mujeres la más baja fue de 0.17 por cien mil habitantes en el grupo de 0-14 años y la más alta de 4.43 por cien mil habitantes en el grupo de 80-84 años.

De acuerdo con Gilling (1982) algunas de las dificultades en la investigación del suicidio son:

- * La definición del suicidio no tiene un consenso global.
- * Se reportan los datos descriptivos, sin profundizar en los móviles internos que produjeron el hecho.
- * Se busca encontrar una explicación de los fenómenos sociales e individuales sin tener que involucrarse con la subjetividad del individuo.
- * El suicidio es un evento donde el registro jamás podrá encontrar las razones que llevaron a la persona a quitarse la vida de forma contundente -por ahora-.
- * Las notas que en algunos casos son encontradas aluden a causas y razones aparentes o manifiestas.

- * Poca confiabilidad de la estadística, ya que muchos casos no se reportan o se alteran las informaciones respecto al suicidio consumado o bien al sólo intento.

Siendo el suicidio y las conductas autodestructivas un problema que cada día toma dimensiones más grandes, resulta importante conocer si el enojo como estado emocional, tiene alguna relación con las conductas autodestructivas y riesgo suicida en el adolescente, ya que la adolescencia es una etapa en la que muchos jóvenes viven una "emotividad intensificada".

METODOLOGÍA

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Se desea saber si existe relación entre el enojo, las conductas autodestructivas y riesgo suicida en adolescentes de ambos sexos y si existen diferencias en la manifestación de cada variable respecto al grupo de hombres y el grupo de mujeres.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó un diseño preexperimental con una sola medición de un solo grupo (Campbell y Stanley, 1973).

TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio exploratorio y correlacional.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Sexo: Femenino y masculino.
Grupo de edad: Adolescentes de 15 a 19 años.

VARIABLES DEPENDIENTES

Enojo: El enojo es un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad desde una leve molestia o irritación hasta la furia y la ira, y está acompañado de una excitación del sistema nervioso autónomo. (Spielberg, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden 1985).

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

Conductas Autodestructivas: Cualquier conducta realizada voluntariamente que ponga en riesgo la salud física o mental del individuo, pudiendo llegar hasta su última expresión, constituida por el suicidio.

SUJETOS

La muestra estuvo conformada por 432 adolescentes; 248 hombre y 184 mujeres de 15 a 19 años de nivel bachillerato.

INSTRUMENTOS

Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo (I.E.R.E.E.M.) (Por Spielberg, y Vázquez-Casals). El instrumento consta de las siguientes escalas:

Las escalas Enojo Estado, con sus subescalas Disposición Conductual y Afecto Enojoso, y la escala Enojo Rasgo, con sus subescalas temperamento Enojoso y Reacción Enojosa, y la escala de Control del Enojo. Dichas escalas tienen una adecuada validez de constructo y una elevada confiabilidad ($\alpha=.87$), que permite su uso en adolescentes de la Ciudad de México.

Las escalas de Enojo Adentro y enojo Afuera, tienen moderada validez de constructo y confiabilidad ($\alpha=.58$).

A continuación se presentan los reactivos que conforman cada subescala (anexo 2):

Enojo Estado (Enojo E): reactivos 1 al 10.

Disposición Conductual (DC): 4, 5, 7, 8 y 9.

Afecto Enojoso (AE): 1, 2, 3, 6 y 10.

Enojo Rasgo (Enojo R): reactivos 11 al 20.

Temperamento Enojoso (TE): 11, 12, 13, 16, 19 y 20.

Reacción Enojosa (RE): 14, 15, 17 y 18.

Expresión del Enojo (XE): reactivos 21 al 35.

Control del Enojo (CO): 21, 23, 25, 26, 29, 31, 33 y 35.

Enojo Adentro (AD): 22, 28, 30 y 34.

Enojo Afuera (AF): 24, 27 y 32.

Escala de probabilidad de riesgo suicida: elaborada por Lazard (1988), consta de 36 reactivos que evalúan riesgo suicida en adolescentes y adultos. En ella los sujetos responden sus experiencias subjetivas y conductas pasadas en una escala Likert de cuatro puntos "Nunca o casi nunca, siempre, siempre o casi todo el tiempo, todo el tiempo".

Los 36 reactivos cubrieron los siguientes criterios:

- ☛ Relación de una o más teorías que explicaran el suicidio.
- ☛ Importancia clínica dada por entrevistas 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.

La escala de probabilidad de riesgo suicida SPS mide el riesgo suicida con base en cuatro escalas que se definen de la siguiente manera:

Desesperanza: Trata de medir en forma global la insatisfacción de la vida del sujeto y su expectativa hacia el futuro.

Ideación Suicida: 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: Refleja el aprecio subjetivo que tiene una persona de sí misma. La percepción de la persona en cuanto a que las cosas alrededor de uno no marchan bien y no se interesan por uno y sobre todo que es difícil cambiar esta situación.

Hostilidad: mide una tendencia al enojo en forma impulsiva, con sentimientos de aislamiento y poco control de sí mismo.

A continuación se presentan los reactivos que conforman cada subescala (**anexo 2**):

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

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

Actitud Negativa del Self: reactivos 2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, y 35.

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

Respecto a la validez de la escala de Riesgo Suicida no se reporta datos y en cuanto a la confiabilidad se obtuvo un $\alpha=.70$.

Escala de Conductas Autodestructivas: Esta escala fue elaborada como parte de este proyecto de investigación y a continuación se describe el procedimiento llevado a cabo para elaborarla.

PROCEDIMIENTO

Ante la carencia de instrumentos que permitan evaluar la prevalencia de conductas inadecuadas en adolescentes se decidió desarrollar la **Escala de Conductas Autodestructivas**. Se inició con una revisión de la literatura y se encontró la teoría de la Personalidad tipo T (Farley, 1985), dicha teoría explica que existen personas a las cuales les gusta tomar riesgos, buscan emociones, estimulación y excitación; generalmente participan en actividades delictivas, criminales, abusan de las drogas, el alcohol, toman y conducen, tienen conductas sexuales riesgosas, etc.

De acuerdo con Farley (1985) la mayor parte de las muertes de los adolescentes se debe a su conducta de tomar riesgos, y entre los 15 y 25 años, la principal fuente de mortandad es por accidentes automovilísticos. Otros autores mencionan que los niños y adolescentes al no poder manejar la presión ordinaria de su vida pueden manifestar conductas autodestructivas y se centran en el estudio de los problemas intrapsíquicos o deficiencias en los estilos de comportamiento y en la presión ambiental que sufren (Nilson, Wells y Stuart, 1990).

A partir de esta revisión, se creó una lista de 94 actividades que desde esta perspectiva se clasifican como autodestructivas (**anexo 1**), dicha lista considera conductas referentes a: adicciones, conductas sexuales, deportes riesgosos, respuestas emocionales ante situaciones conflictivas, hábitos alimenticios, conductas delictivas, etc.; de igual forma se incluyen actividades no autodestructivas como una forma de darle mayores opciones a los jóvenes de responder y de encubrir el objetivo principal de averiguar las conductas autodestructivas.

Esta lista fue presentada a 100 estudiantes de nivel bachillerato de 15 a 19 años, a los cuales se les solicitó que marcaran aquellas actividades que ellos o sus compañeros de edad realizan, para depurar los resultados de esta aplicación se obtuvieron las frecuencias de cada actividad; respecto a las conductas consideradas no autodestructivas se conservaron para utilizarlas posteriormente en el balanceo del instrumento (**tabla 1**).

Tabla 1. Conductas no Autodestructivas

REACTIVOS	FRECUENCIA
Practico el buceo	5
Cuando estoy nervioso procuro no beber	18
Tengo relaciones sexuales sólo con mi pareja	21
Cuando tengo relaciones sexuales utilizo condón	23
Cuando me enojo procuro no beber	25
Practico natación	26
Practico el ciclismo	29
Cuando estoy triste procuro no beber	43
Platico con un amigo cuando estoy enojado	44
Como aunque no tenga hambre	52
Cuando me enfermo consulto al médico	63
Platico con un amigo cuando estoy nervioso	63
Tomo sólo medicamentos que me receta el doctor	64
Me gusta asistir a museos	67
Practico deportes al aire libre	68
Evito andar solo(a) en las calles hasta altas horas de la noche	75
Platico con un amigo cuando estoy triste	80
Hago ejercicio por lo menos una vez a la semana	81
Cuando salgo de noche procuro hacerlo acompañado(a)	89
Hago tres comidas al día	91
Como cosas que me nutren	93
Me gusta estar relajado	97
Me gusta ir al cine	97
Cuando salgo tarde de las fiestas procuro hacerlo en grupo	99
Duermo por lo menos ocho horas	100
Como frutas y verduras	102
Me gusta escuchar música	107
Procuro comer en lugares limpios	107

Se consideró adecuado eliminar aquellas conductas autodestructivas que obtuvieron una frecuencia de 13 o menos (tabla 2). A partir de este análisis de frecuencia se observó que el nivel socioeconómico de los jóvenes influye en el tipo de actividades que pueden realizar, de ahí que se presentaron frecuencias muy bajas para ciertos reactivos, por ejemplo, el practicar el paracaidismo, con frecuencia de 1, evidencia que el medio en el cual se desenvuelven los jóvenes seleccionados no permite que realicen este tipo de actividades; a pesar de ser congruente con la teoría de la Personalidad tipo T (Farley, 1985), la cual sugiere que esta actividad, al igual que el ser miembro de una pandilla (frecuencia 7), competir en arrancones (frecuencia 6), participar en pequeños robos (frecuencia 8), y otras similares que pueden considerarse como riesgosas y excitantes.

Tabla 2. Conductas Autodestructivas Eliminadas

REACTIVOS	FRECUENCIA
Practico el paracaidismo	1
Tomo pastillas para dormir	1
Cuando bebo alcohol consumo marihuana	2
Bebo cuando estoy nervioso	3
Bebo en exceso cuando estoy enojado	3
Fumo marihuana al menos una vez a la semana	3
Bebo en exceso cuando estoy nervioso	4
Consumo algún tipo de droga	4
Bebo cuando estoy enojado	5
Como hasta que me da asco	5
Consumo drogas	5
Fumo marihuana al menos una vez al mes	5
He cometido delitos que me han puesto en peligro	5
Tengo relaciones sexuales con 2 o más personas	5
Tengo relaciones sexuales con personas desconocidas	5
Competo en arrancones	6
Practico el montañismo	6
Soy miembro de una pandilla	7
Cuando estoy triste bebo en exceso	8
Cuando estoy triste bebo solo	8
He participado en pequeños robos	8
Provoco tanto a la gente que terminan golpeándome	9
Me he hecho tatuajes	10
Practico el boxeo	10
Bebo con mis amigos cuando estoy nervioso	11
Cuando tengo relaciones sexuales no utilizo condón	12
Fumo cuando estoy triste	12
Cuando me enoja dejo de dormir	13
Dejo de comer cuando estoy nervioso	13
Tomo las medicinas que me recomiendan mis amigos	13
Me voy solo(a) cuando salgo de las fiestas	13

Finalmente, se consideraron como aceptables aquellas conductas que obtuvieran una frecuencia de 15 y más para conformar el instrumento y se confrontaron con la teoría (tabla 3).

Para obtener el instrumento final esta última lista de actividades autodestructivas seleccionadas, fue depurada una última vez, por una parte, se afinó la redacción de algunos de ellos, y por otra, algunos reactivos fueron eliminados y sustituidos por otros. Se eliminaron aquellos referentes a conducir, ya que el nivel socioeconómico de la muestra de jóvenes para el piloteo siguiente ofrecía pocas posibilidades de que pudieran contar con automóvil, por lo que debido al contexto se consideraron poco reales.

Como siguiente paso se eligieron las opciones de respuesta para la escala, se pensó que se debía tener por un lado una respuesta referida a la frecuencia con que los jóvenes realizan la actividad, puesto que se busca obtener una prevalencia de conductas autodestructivas, quedando una escala Likert de cuatro opciones que van desde *nunca o muy pocas veces* hasta *siempre o todo el tiempo*. Y por otro, se creyó conveniente averiguar la peligrosidad que le atribuyen a dichas actividades, esto con la finalidad de ver si realmente los jóvenes son conscientes de la destructividad de dichas conductas, quedando una escala Likert de cuatro opciones que van desde *definitivamente peligrosa* hasta *muy peligrosa*.

Con el fin de controlar la deseabilidad social y buscando la veracidad de las respuestas, se balanceo el instrumento de tal forma que hubiera igual número de reactivos positivos (contrarios a la dirección predicha) que negativos (en la dirección predicha), esto se refiere al contenido del reactivo, un ejemplo de reactivo positivo es: *me gusta estar relajado*, un reactivo negativo es: *como sólo una vez al día*. Finalmente quedó conformada la escala de conductas autodestructivas con 36 reactivos y dos tipos de opciones de respuesta: una referente a la frecuencia con que se realiza la actividad y otra a la peligrosidad de la misma.

Tabla 3. Conductas Autodestructivas

REACTIVOS	FRECUENCIA
Cuando estoy triste bebo	15
Tomo bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana	15
Bebo con mis amigos cuando estoy triste	16
Cuando estoy enojado bebo con mis amigos	16
Cuando estoy triste dejo de comer	16
Frecuentemente camino por lugares peligrosos	16
Cuando estoy triste dejo de dormir	17
Cuando manejo juego carreras	18
Duermo cuatro horas o menos	18
Vivo en tensión constantemente	18
Como sólo una vez al día	20
He intentado suicidarme	20

Me enoja a la menor provocación	23
Cuando estoy nervioso dejo de dormir	24
Manejo a gran velocidad	24
Fumo más cuando estoy nervioso	25
Fumo cuando estoy enojado	29
Cuando estoy nervioso me aparto de la gente	30
Como sólo dos veces al día	31
Cuando estoy nervioso fumo	33
Cuando estoy triste me aparto de la gente	35
Cuando me enojo dejo de comer	36
Fumo por lo menos 5 cigarrillos al día	32
Hay días en los que no ingiero alimentos	37
Cuando me enojo me aparto de la gente	42
Como frecuentemente en la calle	44
Cuando estoy enfermo me automedico	44
Hago ejercicio hasta agotarme	44
No voy al médico cuando me enfermo	46
Tomo bebidas alcohólicas al menos una vez al mes	46
Me pongo triste por cosas que no valen la pena	50
Frecuentemente me trago mis corajes	61
Me pongo nervioso por cosas que no valen la pena	62
Me enojo por cosas que no valen la pena	79
Ingiero alimentos chatarra	102

Con la versión así conformada y para probar las características psicométricas del instrumento se realizó un piloteo del instrumento de conductas autodestructivas y de la escala de riesgo suicida con un grupo de 200 adolescentes de 15 a 19 años. Se decidió pilotear esta última escala puesto que fue elaborada desde 1988, por lo que se pensó que sería conveniente depurarla.

Por otra parte se consideró que la escala de enojo no requería piloteo, ya que a partir de su elaboración (Spielberg, 1988), con una muestra similar a la que se trabaja en la presente investigación se reportan datos de confiabilidad y validez en investigaciones recientes en México (Vázquez, 1994 ; Jiménez, 1994).

Como primer paso se realizó un análisis de frecuencias, reportando el sesgo de los reactivos. Después se formaron dos grupos extremos (alto y bajo), tomando como punto de referencia los percentiles 28 y 72, dichos grupos se contrastaron por medio de una *t* de Student, se hizo un crosstabs con los dos grupos (alto y bajo) por cada uno de los reactivos y finalmente se obtuvo el alpha de cada reactivo (tablas 4, 5).

Concluidos estos análisis se eliminaron aquellos reactivos que no cumplieran con al menos dos de los siguientes criterios de inclusión: sesgo mayor a ± 50 , este valor se tomó como base debido a que en la presente investigación lo que se buscan son las conductas típicas de la adolescencia, como tomar riesgos, buscar emociones, excitación, etc.; valor de *t* a un nivel de significancia de .05, que en el crosstabs se

mantuviera en las frecuencias la dirección esperada, en cuanto al análisis de consistencia interna se consideraron dos criterios: correlación del reactivo con el total de la prueba y afectación al alpha si el reactivo se eliminara.

En lo que respecta a la escala de conductas autodestructivas se eliminaron un total de 5 reactivos. El primero de ellos, por no cumplir con ningún criterio de inclusión; el reactivo seis al obtener una correlación baja con el total (.1119) se decidió eliminarlo; el reactivo ocho no contribuía en nada al instrumento pues el valor de alpha al ser eliminado no se altera y en el crosstabs no se mantuvieron en las frecuencias la dirección esperada; el reactivo diez obtuvo una correlación casi nula con el total (.0298) y en el crosstabs no se mantuvieron en las frecuencias la dirección esperada; finalmente, el reactivo 36 se eliminó por ser considerado por los adolescentes como sinónimo del reactivo 19 (la correlación entre ambos reactivos fue de (.7078), se decidió eliminar este reactivo porque afectaba menos al valor de alpha. De esta forma se obtuvo un instrumento con una consistencia interna aceptable (.8177).

Mientras que en la escala de riesgo suicida se eliminaron 4 reactivos, el reactivo uno se eliminó por ser sinónimo del reactivo 34, se eligió eliminarlo por afectar menos el valor del alpha; el reactivo diez obtuvo en el sesgo un valor que no cumple el criterio de inclusión (.221) y en el crosstabs no se mantuvieron en las frecuencias la dirección esperada; el reactivo dieciocho obtuvo un valor de sesgo fuera del criterio especificado y el valor de la t de Student no fue significativo al .05 ($t=.77$ $p=.440$); finalmente el reactivo 19 obtuvo un sesgo fuera del criterio especificado y en el crosstabs no se mantuvieron en las frecuencias la dirección esperada. La escala obtuvo un valor de alpha aceptable (.7826); por lo tanto, se obtuvo un instrumento confiable.

A través de todo el proceso, respecto a la escala de conductas autodestructivas se perdió el 32.63% de los reactivos, quedando en la versión final del instrumento 31 reactivos (anexo 2).

La escala de riesgo suicida perdió el 11.12% de los reactivos, quedando en la versión final del instrumento 32 reactivos (anexo 2)

Tabla 4. Escala de Conductas Autodestructivas

REACTIVOS Orden original	Orden final	SESGO	t DE STUDENT	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	CORRELACIÓN ÍTEM- TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
1		2.250	-1.33	.184	-.0219	.8054
2	1	.221	-5.23	.000	.1990	.7979
3	2	1.646	-8.39	.000	.4246	.7902
4	3	1.299	-2.63	.009	.0892	.8006
5	4	1.632	-7.64	.000	.4174	.7903
6		1.023	-4.76	.000	.1119	.8061
7	5	1.034	-6.09	.000	.2475	.7964
8		2.016	-2.62	.010	.1261	.7996
9	6	-.681	-4.13	.000	.1073	.8031
10		.544	-2.82	.005	.0298	.8070
11	7	1.883	-5.00	.000	.3551	.7925
12	8	1.358	-5.20	.000	.1210	.8036
13	9	.955	-5.71	.000	.2860	.7949
14	10	1.324	-9.11	.000	.4644	.7877
15	11	.083	-6.09	.000	.2266	.7986
16	12	2.703	-6.20	.000	.2266	.7933
17	13	1.258	-8.90	.000	.4560	.7882
18	14	.883	-6.49	.000	.1815	.7991
19	15	2.274	-6.90	.000	.3856	.7915
20	16	4.188	-4.24	.000	.3163	.7959
21	17	.912	-9.02	.000	.4316	.7887
22	18	1.221	-8.26	.000	.3934	.7907
23	19	1.758	-8.02	.000	.4250	.7899
24	20	3.353	-5.83	.000	.3114	.7943
25	21	3.057	-5.55	.000	.3417	.7941
26	22	1.209	-11.01	.000	.5368	.7839
27	23	.818	-5.50	.000	.2938	.7948
28	24	3.137	-5.52	.000	.3570	.7936
29	25	1.469	-5.15	.000	.1797	.7986
30	26	3.801	-4.33	.000	.3461	.7943
31	27	1.358	-8.50	.000	.4463	.7889
32	28	.717	-6.69	.000	.2961	.7946
33	29	3.274	-5.22	.000	.3066	.7947
34	30	1.120	-8.70	.000	.4118	.7903
35	31	.662	-7.78	.000	.3481	.7928
36		2.248	-7.00	.000	.4030	.7907
Alpha de la escala total						.8177

Tabla 5. Escala de Riesgo Suicida

REACTIVOS		SESGO	t DE STUDENT	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
Orden original	Orden final					
1		.221	-3.90	.000	.2053	.7614
2	1	2.250	-3.85	.000	.1232	.7658
3	2	.691	-5.63	.000	.2663	.7588
4	3	1.795	-6.87	.000	.3380	.7563
5	4	.366	-5.25	.000	.2476	.7596
6	5	-.714	-5.75	.000	.2174	.7609
7	6	3.093	-5.25	.000	.3744	.7561
8	7	1.094	-5.44	.000	.2867	.7582
9	8	1.118	-5.75	.000	.3200	.7568
10		.330	-2.69	.008	.0319	.7693
11	9	-.076	-4.37	.000	.1326	.7666
12	10	1.610	-5.65	.000	.2816	.7583
13	11	.850	-7.01	.000	.3142	.7566
14	12	-.199	-9.44	.000	.3466	.7543
15	13	.585	-7.37	.000	.3104	.7564
16	14	1.285	-3.92	.000	.2017	.7616
17	15	1.028	-6.02	.000	.2802	.7580
18		.081	.77	.440	-.1459	.7762
19		-.041	-7.78	.000	.3096	.7565
20	16	.517	-9.24	.000	.4034	.7512
21	17	1.760	-7.18	.000	.4187	.7524
22	18	.041	-4.40	.000	.1238	.7660
23	19	.615	-8.08	.000	.3161	.7561
24	20	1.574	-6.59	.000	.3418	.7554
25	21	1.479	-7.86	.000	.4134	.7515
26	22	-.746	-3.68	.000	.1098	.7671
27	23	.210	-3.62	.000	.1005	.7670
28	24	.862	-7.06	.000	.3229	.7562
29	25	1.237	-8.32	.000	.4084	.7525
30	26	2.159	-6.25	.000	.3530	.7552
31	27	.303	-5.77	.000	.2418	.7598
32	28	3.276	-6.18	.000	.4403	.7546
33	29	.871	-6.58	.000	.3916	.7547
34	30	2.428	-4.12	.000	.1803	.7622
35	31	-.188	-3.35	.001	.0529	.7718
36	32	1.259	-8.38	.000	.3817	.7532
Alpha de la escala total						.7826

Una vez obtenidos los instrumentos se seleccionó la escuela para la aplicación final, la muestra quedó conformada por 432 estudiantes, 184 mujeres y 248 hombres de 15 a 19 años de edad, estudiantes del plantel 17 del Colegio de Bachilleres, de primero, segundo y tercer semestre. La aplicación de los instrumentos fue colectiva, para lo cual se solicitó ayuda a las autoridades del plantel, por lo que la selección de los alumnos estuvo restringida a la colaboración de los profesores para ceder su tiempo de clase a la aplicación.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Una vez terminada la aplicación final de los tres instrumentos se realizaron análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión para cada uno de los reactivos y análisis de intercorrelaciones.

Con base en la información así lograda se llevaron a cabo análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax de cada uno de los instrumentos para obtener su validez de constructo y la consistencia interna a través del alpha de Cronbach.

Una vez obtenida la validez de constructo y la consistencia interna de los instrumentos se procedió a realizar análisis de varianza y de regresión para probar las hipótesis planteadas en la investigación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se llevó a cabo la aplicación de la versión final de los instrumentos de conductas autodestructivas, riesgo suicida y enojo (anexo 2) a una muestra de 432 estudiantes de un Colegio de Bachilleres de 15 a 19 años de edad, y se inició por obtener su validez de constructo y consistencia interna.

Debido a que los instrumentos están balanceados en cuanto a los reactivos positivos y negativos se realizó como primer paso un análisis de intercorrelaciones de reactivos para recodificar aquellos que así lo requerían tomando como criterio el que los reactivos negativos correlacionaran de manera global un 75% positivamente entre ellos y negativamente con los positivos en un 75% (apéndice 1). Cabe mencionar que para fines de presentación los valores se redondearon a tres decimales y aquellos reactivos que fueron recodificados se encuentran marcados con un asterisco.

Posteriormente se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión de cada reactivo tanto de la escala de conductas autodestructivas, como de las de riesgo suicida y enojo (tablas 6, 7 y 8).

Tabla 6. Escala de Conductas Autodestructivas

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	MODO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
1	1.381	1.000	1.000	.784
2	1.490	1.000	1.000	.753
3	1.436	1.000	1.000	.622
4	1.497	1.000	1.000	.771
5	1.799	2.000	1.000	.907
6	2.974	3.000	4.000	1.018
7	1.430	1.000	1.000	.741
8	1.666	1.000	1.000	1.120
9	1.831	2.000	1.000	.880
10	1.640	1.000	1.000	.880
11	2.550	2.000	2.000	1.144
12	1.271	1.000	1.000	.670
13	1.670	1.000	1.000	.889
14	1.891	2.000	1.000	.936
15	1.355	1.000	1.000	.761
16	1.133	1.000	1.000	.453
17	1.900	2.000	1.000	.963
18	1.714	2.000	1.000	.863
19	1.500	1.000	1.000	.796
20	1.216	1.000	1.000	.653
21	1.217	1.000	1.000	.541
22	1.735	1.000	1.000	.973
23	1.947	2.000	2.000	.725

24	1.224	1.000	1.000	.613
25	1.588	1.000	1.000	.808
26	1.164	1.000	1.000	.532
27	1.611	1.000	1.000	.807
28	2.081	2.000	2.000	.973
29	1.220	1.000	1.000	.649
30	1.710	2.000	1.000	.819
31	2.114	2.000	2.000	.787

Se puede apreciar que los reactivos 6, 11, 28 y 31 presentan las medias más altas, el primero de ellos tiene contenido no autodestructivo (me gusta estar relajado), mientras que los tres restantes hacen referencia a estados de emoción, tensión y riesgo de la salud (me gusta subirme a juegos mecánicos emocionantes, me trago mis corajes e ingiero alimentos chatarra). Presentando el reactivo 6 valor de modo de 4 (siempre o todo el tiempo); en tanto que los reactivos 11, 23, 28 y 31 presentan valores de modo 2 (de vez en cuando), el resto de los reactivos tienen valores de modo 1 (nunca o muy pocas veces). Y aquellos reactivos cuya desviación de la media es mayor son el 6, 8 y 11.

Tabla 7. Escala de Riesgo Suicida

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	MODO	DESVIACIÓN STÁNDAR
1	2.382	2.000	2.000	.995
2	1.960	2.000	2.000	.841
3	1.463	1.000	1.000	.784
4	2.231	2.000	2.000	.930
5	3.075	3.000	4.000	.910
6	1.231	1.000	1.000	.646
7	1.702	2.000	1.000	.798
8	1.712	2.000	1.000	.781
9	2.567	3.000	4.000	1.148
10	1.500	1.000	1.000	.782
11	1.884	2.000	2.000	.884
12	2.722	3.000	4.000	1.118
13	2.073	2.000	1.000	1.076
14	1.641	1.000	1.000	.894
15	1.824	2.000	1.000	.976
16	2.173	2.000	2.000	1.059
17	1.468	1.000	1.000	.812
18	2.571	2.000	2.000	1.022
19	2.056	2.000	1.000	1.034
20	1.566	1.000	1.000	.885
21	1.593	1.000	1.000	.943
22	3.084	4.000	4.000	1.083
23	2.363	2.000	2.000	.996
24	1.854	2.000	1.000	.886
25	1.685	1.000	1.000	.844
26	1.393	1.000	1.000	.825

27	2.364	2.000	2.000	.945
28	1.206	1.000	1.000	.576
29	1.737	2.000	2.000	.689
30	1.337	1.000	1.000	.677
31	2.646	3.000	4.000	1.210
32	1.677	1.000	1.000	.931

En esta escala se aprecian medias más altas que en la escala de conductas autodestructivas, 2 reactivos con valores arriba de 3; 11 reactivos con valores arriba de 2 y el resto con valores superiores a 1. Los reactivos con medias más altas son el 5 (pienso que podría hacer cosas que valen la pena), 22 (me siento/sentí cercano a mi madre). Estos dos reactivos presentan el valor de modo más alto: 4 (siempre o todo el tiempo), al igual que los reactivos 9 (siento que mucha gente entristecería si yo muero); 12 (siento que si yo pudiera empezar otra vez cambiaría muchas cosas en mi vida); y 31 (me siento/sentí cercano a mi padre). El valor de modo que más se repite es el 1 (nunca o muy pocas veces), seguido del 2 (de vez en cuando). La mayor parte de los reactivos tienen un punto medio de 2. Los reactivos con mayor desviación de la media son el 9, 12, 13, 16, 18, 19, 22 y 31.

Tabla 8. Escala de Enojo

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	MODOS	DESVIACIÓN STÁNDAR
1	1.179	1.000	1.000	.496
2	1.280	1.000	1.000	.539
3	1.239	1.000	1.000	.543
4	1.321	1.000	1.000	.730
5	1.226	1.000	1.000	.632
6	1.140	1.000	1.000	.501
7	1.172	1.000	1.000	.545
8	1.205	1.000	1.000	.623
9	1.251	1.000	1.000	.625
10	1.493	1.000	1.000	.772
11	1.889	2.000	2.000	.814
12	1.844	2.000	1.000	.892
13	2.166	2.000	2.000	.985
14	2.132	2.000	2.000	.981
15	2.540	2.000	2.000	1.002
16	1.573	1.000	1.000	.823
17	2.540	2.000	2.000	1.056
18	2.603	2.000	2.000	1.038
19	1.660	1.000	1.000	.898
20	1.715	1.000	1.000	.979
21	2.733	2.000	2.000	1.003
22	2.190	2.000	2.000	.955
23	2.600	2.000	2.000	1.015
24	1.617	1.000	1.000	.848
25	2.708	3.000	4.000	1.073
26	2.824	3.000	2.000	.983

27	1.773	2.000	2.000	.791
28	2.088	2.000	2.000	1.085
29	2.597	2.000	2.000	1.043
30	1.936	2.000	1.000	.986
31	2.492	2.000	2.000	1.009
32	1.742	2.000	1.000	.883
33	2.809	3.000	4.000	1.006
34	2.021	2.000	1.000	1.041
35	2.715	3.000	2.000	1.042

Respecto a la escala de enojo se observan medias con valores arriba de 2 (pero sin llegar a 3) en 16 reactivos y valores arriba de 1 en 19 reactivos. Los valores más altos los tienen los reactivos 25 (me mantengo calmado(a)); 26 (controlo mi forma de actuar) y 33 (trato de ser tolerante y comprensivo(a)), sin embargo, los demás reactivos con valores arriba de 2 no se alejan demasiado de estos. Los reactivos 25 y 33 presentan el valor de modo más alto 4 (casi siempre); 15 reactivos tienen un valor de modo 2 y el resto de los reactivos valor 1. Aquellos reactivos que más se desvían de la media son el 15, 17, 18, 21, 23, 25, 28, 29, 31, 33, 34 y 35.

A continuación se obtuvo la validez de constructo y la consistencia interna de cada prueba. Para obtener la validez de constructo de cada instrumento se realizaron análisis factoriales y para la consistencia interna se utilizó el alpha de Cronbach.

Respecto a la escala de conductas autodestructivas, el análisis factorial arrojó 9 factores de los cuales se eligieron sólo los primeros cuatro con base en su valor eigen, el punto de quiebre (es decir aquel punto en el cual la diferencia entre un determinado valor eigen y el siguiente ya es casi nula) y la claridad conceptual de los reactivos que los componen.

Se observa que estos 4 factores explican conjuntamente el 36.4% de la varianza total (tabla 9).

En tanto que los reactivos que componen cada factor obtuvieron pesos factoriales iguales y mayores a .40, excepto el reactivo 11 (.36035), el cual se consideró incluirlo debido a su claridad conceptual respecto al factor.

Tabla 9. Escala de Conductas Autodestructivas

PESOS FACTORIALES				
REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
1	.51194			
2	.46708			
3	.50095			
4	.57774			
5	.62297			
6	.61344			
7	.68152			
8	.71322			
9		.64397		
10		.60921		
11		.36035		
12		.47662		
13		.66099		
14		.45489		
15			.77730	
16			.77386	
17			.75181	
18				.80595
19				.75462
20				.39267
<i>eigen</i>	5.48980	2.64920	1.68406	1.47195
% de varianza	17.7	8.5	5.4	4.7
<i>α</i> de Cronbach	.7885	.6340	.7510	.6624

Una vez obtenidos los factores que conforman la escala de conductas autodestructivas se buscó el nombre adecuado a cada uno de ellos, según el contenido de los reactivos que los conforman. Para el primer factor se observa un elemento emocional en cada reactivo, haciendo referencia a una falta de control ante determinadas situaciones, por lo que se denominó a dicho factor como **Falta de Control Emocional (FCE)**. Este factor quedó conformado de 8 reactivos.

El segundo factor contiene 6 reactivos cuyo contenido se centra principalmente en un elemento de descuido hacia el organismo (específicamente en el aspecto alimenticio) y curiosamente el último reactivo que lo compone hace referencia directa al intento de suicidio y existe una correlación aceptable reactivo-total, tanto en la escala global (.3983) como en el factor (.2385). Este segundo factor recibió el nombre de **Descuido de la Salud (DS)**.

Los 3 reactivos que conforman el tercer factor, en cuanto a contenido, tienen a la adicción como elemento en común, por lo que se decidió denominarlo **factor de Conductas Adictivas (CA)**.

Finalmente el contenido de los reactivos que conforman al cuarto factor tienen dos elementos principales, uno de ellos hace referencia a estados emocionales negativos y el segundo a conductas adictivas por lo que se le llamó factor de **Respuestas Emocionales Adictivas (REA)**. Este último factor consta de 3 reactivos, mientras que la versión final del instrumento quedó conformada por 20 reactivos.

A continuación se procedió a obtener la consistencia interna de la escala global de conductas autodestructivas y de cada subescala a través del alpha de Cronbach (**apéndice 2**) obteniéndose en general valores altos y aceptables.

La escala global de conductas autodestructivas obtuvo un valor de alpha de .8207 y con correlaciones reactivo-total moderadas en general. Haciendo un análisis más detallado se puede observar que si el reactivo 7 es eliminado sube mínimamente el valor de alpha a .8253, por otro lado, si es borrado ese mismo reactivo afecta de manera considerable el valor de alpha de la subescala a la que pertenece (Falta de Control Emocional), ya que bajaría de .7885 a .7596, por lo que se consideró que no era conveniente quitarlo de la escala.

En la subescala de Falta de Control Emocional se obtuvo un valor de alpha de .7885 y pueden observarse correlaciones reactivo-total moderadas, siendo la correlación más baja de .3544 para el reactivo 1.

En la subescala de Descuido de la Salud se observa un valor de alpha de .6340, con correlaciones reactivo-total moderadas, el valor de correlación más bajo es de .2151 para el reactivo 11, el cual si es eliminado sube el valor de alpha de la subescala a .6430, sin embargo, se decidió dejarlo debido a que presenta una buena correlación reactivo-total en la escala global (.4073) y afectaría el valor de alpha de la escala global de .8207 a .8116.

El valor de alpha de la subescala de Conductas Adictivas es de .7510 con correlaciones moderadas, la más baja de ellas es para el reactivo 17 con un valor de .5346.

Finalmente el valor de alpha de la subescala de Respuestas Emocionales Adictivas es de .6624, se observan correlaciones moderadas, la más baja corresponde al reactivo 20 con un valor de .3874.

Se puede observar que se obtuvo un instrumento válido y confiable para evaluar conductas autodestructivas en adolescentes mexicanos de 15 a 19 años (**anexo 3**).

La versión final de la escala de conductas autodestructivas quedó conformada como a continuación se presenta:

Falta de Control Emocional (FCE): reactivos 1 al 8.
 Descuido de la Salud (DS): reactivos 9 al 14.
 Conductas Adictivas (CA): reactivos 15 al 17.
 Respuestas Emocionales Adictivas (REA): reactivos 18 al 20.

Como se recordará, en la escala de conductas autodestructivas se consideró una segunda serie de opciones de respuesta, enfocada particularmente a investigar qué tan peligrosa consideran los adolescentes a cada conducta de la escala. Las 4 posibles respuestas eran: *1 definitivamente no es peligrosa, 2 algo peligrosa, 3 moderadamente peligrosa y 4 muy peligrosa.*

Tabla 10. Peligrosidad de las Conductas Autodestructivas

REACTIVOS	MEDIA	MEDIANA	MODOS	DESVIACION STÁNDAR
1	1.912	2.000	1.000	.936
2	1.893	2.000	1.000	.946
3	1.478	1.000	1.000	.822
4	1.442	1.000	1.000	.795
5	1.642	1.000	1.000	.896
6	1.549	1.000	1.000	.888
7	1.670	1.000	1.000	.967
8	4.911	2.000	1.000	.982
9	2.103	2.000	2.000	1.010
10	2.418	2.000	2.000	1.081
11	1.874	2.000	1.000	.908
12	1.995	2.000	1.000	1.006
13	2.649	3.000	4.000	1.196
14	3.197	4.000	4.000	1.221
15	2.560	3.000	4.000	1.136
16	2.436	2.000	1.000	1.156
17	2.775	3.000	4.000	1.195
18	2.553	3.000	4.000	1.176
19	2.571	2.000	4.000	1.148
20	2.621	3.000	4.000	1.208

Se observa que sólo 7 actividades obtuvieron un valor modal de 4 (muy peligrosa), estos reactivos son los siguientes: Hay días en los que no ingiero alimentos, he intentado suicidarme (correspondientes a la escala de *descuido de la salud*), fumo cuando estoy enojado(a), fumo por lo menos 5 cigarros al día (de la escala de *conductas adictivas*), cuando estoy enojado(a) bebo con mis amigos(as), bebo con mis amigos(as) cuando estoy triste y tomo bebidas alcohólicas aunque esté solo (que conforman la escala de *respuestas emocionales adictivas*).

Otros dos reactivos obtuvieron un valor modal de 2 (algo peligrosa), los reactivos son: Cuando estoy triste dejo de comer y como sólo una vez al día (pertenecientes a la escala de *descuido de la salud*); el resto obtuvo un valor modal de

1 (definitivamente no peligrosas). La media más alta la presenta el reactivo 8 (4.911): Me enoja por cosas que no valen la pena; seguido por el 14 (3.197): He intentado suicidarme, en el resto de los reactivos oscila entre valores de mayores a 1 y menores a 3.

A continuación se realizaron los análisis respectivos para obtener la validez de constructo y consistencia interna de la escala de riesgo suicida. El análisis factorial de la escala de riesgo suicida arrojó 9 factores de los cuales se eligieron sólo los primeros cinco con base en su valor eigen, el punto de quiebre y la claridad conceptual de los reactivos que los componen. Estos 5 factores explican conjuntamente el 40.5% de la varianza total (tabla 11).

Los reactivos que componen cada factor obtuvieron pesos factoriales iguales y mayores a .40, excepto el reactivo 1 (.38298), el cual se consideró incluirlo debido a su claridad conceptual respecto al factor.

Tabla 11. Escala de Riesgo Suicida

PESOS FACTORIALES					
REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
1	.38298				
2	.49644				
3	.67112				
4	.66242				
5	.71283				
6	.75377				
7	.73962				
8		.43852			
9		.56925			
10		.59173			
11		.62890			
12		.49586			
13		.42915			
14		.51738			
15			.59013		
16			.67682		
17			.54690		
18			.57498		
19				.70103	
20				.73639	
21				.74186	
22					.44430
23					.59834
24					.69342
25					.41136
<i>eigen</i>	6.01661	2.69396	1.46191	1.42842	1.36757
<i>% de varianza</i>	18.8	8.4	4.6	4.5	4.3
<i>α de Cronbach</i>	.8259	.6974	.5781	.6465	.4576

Una vez obtenidos los factores que conforman la escala de riesgo suicida y al igual que con la escala de conductas autodestructivas, se buscó el nombre adecuado a cada uno de ellos, según el contenido de los reactivos que los conforman. Para el primer factor se observa una idea de daño en cada reactivo, por lo que se decidió denominarlo **Ideación Suicida (IS)**. Este factor quedó conformado por un total de 7 reactivos.

El segundo factor contiene 7 reactivos cuyo contenido se centra principalmente en un elemento de aislamiento y rechazo, por lo que este factor se considera de **Soledad (SO)**.

Los 4 reactivos del tercer factor, en cuanto a contenido, tienen al valor hacia la propia persona como elemento en común, por lo que se decidió denominarlo factor de **Autoestima (AU)**.

El contenido de los 3 reactivos que conforman al cuarto factor hace referencia a una cercanía afectiva respecto a figuras importantes para los individuos (como lo pueden ser los padres), por lo que se le llamó factor de **Afectividad (AF)**.

Finalmente el quinto factor contiene reactivos cuyo contenido hace referencia a la **Incapacidad (IN)** del individuo en la realización de sus actividades por lo que se le asignó dicho nombre. Este factor quedó conformado de 4 reactivos, mientras que la escala total de 25 reactivos.

A continuación se procedió a obtener la consistencia interna de la escala global de riesgo suicida y de cada subescala a través del alpha de Cronbach (**apéndice 3**) obteniéndose en general valores altos y aceptables.

La escala global de riesgo suicida obtuvo un valor de alpha de .7536 y con correlaciones reactivo-total moderadas en general, siendo la más baja para el reactivo 11 con un valor de .1175, que sin embargo no se eliminó debido a que afectaría el valor de alpha bajándolo a .7165. Y por otro lado tiene una correlación reactivo-total de .4048 en la subescala, bajando el valor de alpha de .6974 a .6548 si es que fuera excluido.

El valor de alpha de la subescala de Ideación Suicida es de .8259, se observan correlaciones moderadas, la más baja corresponde al reactivo 1 con un valor de .3821.

En la subescala de Soledad se obtuvo un valor de alpha de .6974 y pueden observarse correlaciones reactivo-total moderadas, siendo la correlación más baja de .2254 para el reactivo 8, y su exclusión aumenta a .7024 el valor de alpha, sin embargo se optó por dejarlo ya que en la escala global afecta el alpha bajándolo de .7536 a 7097.

ESTA TERCERA HOJA DEBE
ALIR DE LA BIBLIOTECA

En la subescala de Autoestima se obtuvo un valor de alpha de .5781 y pueden observarse correlaciones reactivo-total moderadas, siendo la correlación más baja de .3204 para el reactivo 18.

En cuanto a la subescala de Afectividad se obtuvo un valor de alpha de .6465 y pueden observarse correlaciones reactivo-total moderadas, siendo la correlación más baja de .4295 para el reactivo 18.

Finalmente la subescala de Afectividad se obtuvo un valor de alpha de .4576 y pueden observarse correlaciones reactivo-total un poco bajas que en las subescalas anteriores, siendo el valor más bajo de .2335 para el reactivo 25.

Se obtuvo un instrumento válido y confiable para evaluar riesgo suicida en adolescentes mexicanos de 15 a 19 años (anexo 4).

La versión final de la escala de riesgo suicida quedó conformada como a continuación se presenta:

Ideación Suicida (IS): reactivos 1 al 7.

Soledad (SO): reactivos 8 al 14.

Autoestima (AU): reactivos 15 al 18.

Afectividad (AF): reactivos 19 al 21.

Incapacidad (IN): reactivos 22 al 25

Después de los análisis la única subescala que se conservó del instrumento original es la de ideación suicida, variando sólo en un reactivo.

Por último, se obtuvo la validez de constructo y la consistencia interna de la escala de enojo, en cuanto a los resultados del análisis factorial se conservó casi totalmente la estructura original de la prueba, como a continuación se observa.

Por su parte, la subescala de *enojo estado* arrojó los mismos 2 factores originales: **Disposición Conductual** y **Afecto Enojoso**; explicando conjuntamente el 56.8% de la varianza total (tabla 12).

Los 10 reactivos que componen cada factor de la subescala *enojo estado* obtuvieron pesos factoriales iguales y mayores a .40, excepto el reactivo 10 (.36934), el cual se consideró incluirlo debido a su claridad conceptual respecto al factor.

Tabla 12. Escala de Enojo Estado

PESOS FACTORIALES		
REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2
1	.61639	
2	.74999	
3	.78801	
4	.81763	
5	.62133	
6		.78507
7		.73784
8		.84181
9		.61799
10		.36934
<i>eigen</i>	4.46572	1.21587
% de varianza	44.7	12.2
<i>α</i> de Cronbach	.8213	.7689

En cuanto al análisis factorial de la subescala de *enojo rasgo* arrojó los mismos 2 factores originales: **Temperamento Enojoso** y **Reacción Enojosa**; explicando conjuntamente el 51.7% de la varianza total (tabla 13).

Los 10 reactivos que componen cada factor de la subescala *enojo rasgo* obtuvieron pesos factoriales iguales o mayores a .40.

Tabla 13. Escala de Enojo Rasgo

PESOS FACTORIALES		
REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2
1	.50845	
2	.80901	
3	.64134	
4	.71920	
5	.70225	
6	.59204	
7		.55786
8		.81171
9		.72674
10		.84538
<i>eigen</i>	3.59160	35.9
% de varianza	35.9	15.8
<i>α</i> de Cronbach	.7670	.7504

Finalmente, la subescala *expresión del enojo* modificó su estructura original, arrojando el análisis factorial sólo 2 factores: **Control del Enojo** y **Expresión del Enojo** (este último factor se conformó con reactivos pertenecientes a los factores de enojo adentro y enojo afuera de la escala original); explicando conjuntamente el 42.8% de la varianza total (tabla 14).

Los reactivos que componen cada factor de la subescala *expresión del enojo* obtuvieron pesos factoriales iguales y mayores a .40. Esta subescala quedó en su versión final con 13 reactivos en lugar de los 15 originales.

Tabla 14. Escala de Expresión del Enojo

PESOS FACTORIALES		
REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2
1	.67036	
2	.57410	
3	.76669	
4	.70566	
5	.74438	
6	.55599	
7	.69179	
8	.79211	
9		.61070
10		.63415
11		.61641
12		.54219
13		.70639
<i>eigen</i>	4.08397	29.2
% de varianza	29.1	13.7
<i>α</i> de Cronbach	.8463	.6209

Como resultado de este análisis se eliminaron dos reactivos de la escala original quedando un total de 33 reactivos para la versión final. Los reactivos eliminados de la escala original fueron el número 22, debido a que él solo formó un factor y el número 24, por afectar de manera considerable la consistencia interna de la subescala, la cual aumentó arriba de dos décimas con su salida.

Para terminar con esta fase se obtuvo la consistencia interna de la escala de enojo y de las subescalas que la conforman, primero se calculó el valor de alpha de manera global, es decir de los 33 reactivos que conforman la prueba, obteniéndose un valor alto y aceptable de .8804. Se pueden apreciar correlaciones en general moderadas entre reactivo-total (apéndice 4).

La subescala de *enojo estado*, obtuvo un valor de alpha de .8576. En tanto que los dos factores que la conforman, también obtuvieron valores aceptables en consistencia interna; por su parte, **Disposición Conductual** presenta un valor de alpha de .8213, en tanto que el **Afecto Enojoso** un valor de alpha de .7689.

La subescala de *enojo rasgo* obtuvo un valor de alpha de .7969. Los dos factores que conforman dicha subescala obtuvieron valores de consistencia interna aceptables, el **Temperamento Enojoso** con un alpha de .7670 y la **Reacción Enojosa** con un alpha de .7504.

En cuanto a la consistencia de la subescala de *expresión del enojo* arrojó un alpha de .7869.

Finalmente, se tiene la consistencia interna de los dos factores que conforman esta escala, por su parte, **Control del Enojo** con un alpha de .8463 y **Expresión del enojo** con un alpha de .6209.

La versión final de la escala de enojo quedó conformada como a continuación se presenta (**anexo 5**):

Enojo Estado (Enojo E): reactivos 1 al 10.

Disposición Conductual (DC): 4, 5, 7, 8, y 9.

Afecto Enojoso (AE): 1, 2, 3, 6 y 10.

Enojo Rasgo (Enojo R): reactivos 11 al 20.

Temperamento Enojoso (TE): 11, 12, 13, 16, 19 y 20.

Reacción Enojosa (RE): 14, 15, 17, y 20.

Expresión del Enojo (Expresión E): reactivos 21 al 33.

Control del Enojo (CO): 21, 22, 23, 24, 27, 29, 31 y 33.

Expresión del Enojo (EE): 25, 26, 28, 30 y 32.

Una vez terminados los análisis psicométricos de las pruebas se procedió a realizar los análisis de varianza y regresión para probar las hipótesis establecidas. Para lo cual se formaron 4 grupos de edad (**tabla 15**), siendo ésta una de las variables independientes, la otra lo fue el sexo y como variable dependiente se tuvieron a cada uno de los factores que resultaron de los análisis factoriales en cada prueba. De esta forma se tiene a la escala de conductas autodestructivas con cuatro factores, la escala de riesgo suicida con cinco factores y la escala de enojo con seis factores, haciendo un total de 15 factores.

Para formar los grupos de edad se consultó la literatura correspondiente al tema, claramente se encontró que es imposible hablar de una sola adolescencia. Por ejemplo, para Blos (1962 en González Núñez, 1993) existen etapas evolutivas, cada una indispensable para la madurez de la siguiente. Asignando una edad aproximada a cada etapa tenemos: latencia de 7 a 9 años; preadolescencia de 9 a 11 años; adolescencia temprana de 12 a 15 años; adolescencia de 16 a 18 años; adolescencia tardía de 19 a 21 años; posadolescencia de 21 a 24 años. Para Pearson (1970 en González Núñez, 1993) existen tres etapas: período prepuberal de los 10 a los 13 años, período puberal de los 13 a los 16 años y período pospuberal de los 16 a los 19 años.

Por su parte Gessell (1980) expresó que a los 14 años les es difícil verse personalmente con otros muchachos, pasan muchas horas platicando por teléfono; a los quince años son extravagantes, sobretodo en el vestir; a los 16 muestran una gran felicidad, aunque expresan que no es total. Desde estas diferentes perspectivas, en cada etapa se registran diferentes procesos desde el punto de vista del desarrollo y evolución interna de los sujetos, lo que se ve reflejado en las características observables. Es con base a esto que se decidió que a cada edad correspondía un grupo con excepción del último grupo que incluye a los 18 y 19 años, en donde se hablaría de acuerdo con González Núñez (1993) de la posadolescencia.

Tabla 15. Grupos de Edad

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA
1) 15 AÑOS	115
2) 16 AÑOS	158
3) 17 AÑOS	92
4) 18 Y 19 AÑOS	61

Respecto a la prueba de hipótesis se realizaron análisis de varianza de cada uno de los factores de las tres escalas contra sexo y grupo de edad (tabla 16), por lo que se tiene un análisis de dos vías; en cuanto a los resultados de dichos análisis, se observa en primer lugar aquellos correspondientes al efecto principal sexo con sus medias para cada grupo (hombres y mujeres), el valor F, junto a éste los grados de libertad y el nivel de significancia de dicho resultado, el efecto principal grupo de edad presenta exactamente los mismos elementos y posteriormente en los resultados de la interacción sexo-grupo de edad respecto a los factores, se observan las medias, de tal forma que la primera de ellas corresponde a los hombres del grupo de edad 1 (15 años), la segunda a los hombres del grupo de edad 2 (16 años) y así sucesivamente, se observa de igual forma el valor F, los grados de libertad y el nivel de significancia de dicho resultado. Aquellos valores de F significativos tienen un valor $p < .05$ que se presenta en negritas.

La calificación mínima para la escala de enojo es de 33 y la máxima de 132. Para la escala de riesgo suicida la calificación mínima es de 25 y la máxima de 100. Y para la escala de conductas autodestructivas la calificación mínima es de 20 y la máxima de 80.

Tabla 16. Medias de las variables sexo, grupo de edad y su interacción

FACTOR	SEXO	GRUPO DE EDAD				INTERACCIÓN			
		15 años	16 años	17 años	18-19 años	SEXO-GRUPO DE EDAD			
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	H)6.20	6.50	6.03	6.11	5.95	5.90	6.21	6.55	6.07
	M)6.12					6.97	5.79	5.38	5.60
F ₁ (p)	.426 1,411 (.515)	1,219 3,411 (.302)				3,915 3,411 (.009)			
AFECTO ENOJOSO	H)6.12	6.65	6.34	5.92	6.18	6.18	6.12	5.93	6.30
	M)6.57					7.01	6.63	5.91	5.79
F ₁ (p)	3,484 1,411 (.063)	1,823 3,411 (.143)				1,557 3,411 (.199)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO	H)10.33	10.88	10.51	11.20	11.10	9.86	9.70	10.98	11.20
	M)11.57					11.69	11.61	11.59	10.80
F ₁ (p)	13,253 1,403 (.000)	1,302 3,405 (.273)				1,632 3,405 (.181)			
REACCIÓN ENOJOSA	H)9.69	9.94	9.62	9.64	10.57	9.35	9.52	9.64	10.44
	M)10.06					10.39	9.75	9.65	10.93
F ₁ (p)	2,007 1,409 (.157)	1,703 3,409 (.166)				550 3,409 (.649)			
CONTROL DEL ENOJO	H)17.56	19.31	18.91	17.46	18.15	17.43	18.32	16.12	17.88
	M)19.93					20.60	19.66	19.74	18.67
F ₁ (p)	16,206 1,410 (.000)	1,320 3,410 (.367)				1,281 3,410 (.381)			
EXPRESIÓN DEL ENOJO	H)9.41	9.89	9.22	9.74	9.72	9.08	9.24	9.66	9.80
	M)9.81					10.52	9.19	9.87	9.47
F ₁ (p)	1,117 1,403 (.191)	1,240 3,403 (.295)				1,622 3,403 (.184)			
IDEACIÓN SUICIDA	H)9.71	10.38	9.71	9.57	10.14	9.73	9.37	9.80	10.23
	M)10.22					10.89	10.17	9.18	9.87
F ₁ (p)	1,447 1,403 (.203)	906 3,403 (.438)				1,138 3,403 (.134)			
SOLEDAD	H)12.27	12.90	12.65	11.99	12.75	11.88	12.55	11.93	12.58
	M)13.02					13.70	12.78	12.09	13.29
F ₁ (p)	4,206 1,408 (.041)	1,060 3,408 (.366)				1,367 3,408 (.252)			
AUTOESTIMA	H)10.60	10.13	10.72	10.85	10.56	10.81	10.55	11.11	10.56
	M)10.51					10.08	10.95	10.41	10.57
F ₁ (p)	.005 1,402 (.944)	1,477 3,402 (.220)				756 3,402 (.519)			
AFECTIVIDAD	H)8.24	8.04	8.03	8.23	8.09	8.16	8.08	8.69	8.07
	M)7.87					7.95	7.95	7.42	8.17
F ₁ (p)	2,180 1,403 (.141)	115 3,403 (.952)				1,155 3,403 (.327)			
INCAPACIDAD	H)8.34	8.14	8.34	8.52	8.25	8.11	8.37	8.64	8.17
	M)8.27					6.16	8.30	8.32	8.54
F ₁ (p)	.028 1,399 (.867)	400 3,399 (.753)				198 3,399 (.898)			

FALTA DE CONTROL EMOCIONAL	H)12.73 M)15.24	14.91	13.16	13.47	14.05	12.79	12.44	12.88	13.05
F # (p)	33.337 1.401 (.000)	3.122 3.401 (.026)				2.109 3.401 (.099)			
DESCUIDO DE LA SALUD	H)8.17 M)9.44	9.03	8.62	8.47	8.64	7.92	8.33	7.93	8.41
F # (p)	25.429 1.407 (.000)	.468 3.407 (.705)				1.632 3.407 (.181)			
CONDUCTAS ADICTIVAS	H)4.03 M)3.62	3.66	3.69	4.24	4.02	3.65	3.47	4.74	4.07
F # (p)	4.269 1.405 (.039)	2.213 3.405 (.086)				3.130 3.405 (.028)			
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	H)3.57 M)3.42	3.51	3.47	3.55	3.50	3.39	3.57	3.68	3.62
F # (p)	1.636 1.411 (.202)	.100 3.411 (.960)				1.441 3.411 (.230)			

Es importante señalar la tendencia que sigue el factor principal sexo en los resultados, se pueden apreciar medias consistentemente más altas en las mujeres a pesar de que no existan diferencias estadísticamente significativas respecto a todos los factores, por su parte en el grupo de edad no existe una tendencia clara. En cuanto a la interacción se observan medias más altas en las mujeres de los cuatro grupos de edad respecto a los grupos de edad de los hombres. Para poder apreciar con mayor claridad cuáles fueron los grupos que marcaron las diferencias significativas en el análisis de varianza, se aplicó la prueba Scheffé.

Se aprecia valores F significativos en cuanto a la variable sexo respecto al factor *temperamento enojoso*, en cuyo caso el grupo que marca la diferencia es el de las mujeres con una media de 11.57; en el factor *control del enojo* el grupo de mujeres obtiene una media de 19.93 marcando de esta forma la diferencia; en el factor *soledad* nuevamente las mujeres obtienen una media significativamente más alta (13.02) en los factores de *falta de control emocional* y *descuido de la salud* es el grupo de mujeres quien marca la diferencia con medias de 15.24 y 9.44 respectivamente. Sin embargo, es en factor de *conductas adictivas* que los hombres marcan la diferencia con una media de 4.03.

Referente a la variable grupo de edad se observa un sólo valor de F significativo en el factor *falta de control emocional*, marcando la diferencia el grupo de adolescentes de 15 años (14.91) respecto al grupo de 16 años (13.16).

En cuanto a la interacción sexo-grupo de edad se tiene un valor F significativo respecto al factor de *disposición conductual*, el grupo que marca la diferencia son nuevamente las mujeres, en este caso de 17 años respecto al grupo de mujeres de 15 años; el otro valor f significativo lo obtuvo el factor *conductas adictivas*, y son los hombres quienes ahora marcan la diferencia, específicamente el grupo de adolescentes de 17 años(4.74) con respecto a los grupos de 15 y 16 años (3.65 y 3.47 respectivamente).

A partir de los tres instrumentos empleados en esta investigación se decidió obtener variables psicológicas relacionadas al enojo, las conductas destructivas y riesgo suicida, debido a que este es un aspecto poco estudiado. Se consideraron tres criterios para seleccionar dichas variables: 1) que correlacionaran en promedio arriba de .35 con los demás factores (apéndice 5), 2) que el porcentaje de varianza explicado por cada uno de los factores dentro de la escala fuera alto, y 3) que tuvieran relevancia teórica respecto al tema abordado en el presente trabajo. De esta forma los factores **Expresión del Enojo, Ideación Suicida y Falta de Control Emocional**, resultaron ser las variables independientes buscadas. Se puede apreciar que se obtuvo un factor por escala, recordando que el primero corresponde a la escala de conductas autodestructivas, el segundo a la escala de riesgo suicida y el tercero a la escala de enojo.

Tomando como base los cuartiles 25, 50 y 75 se formaron 4 grupos respecto a cada una de las nuevas variables independientes y se procedió a realizar los análisis de varianza correspondiente, por lo que se obtuvieron análisis de dos y tres vías. Como primer paso se tomaron las variables independientes sexo, grupo de edad y expresión del enojo. De manera gráfica se presentan primero los resultados del análisis de varianza respecto a los efectos principales, con sus respectivas medias por cada grupo, sus valores F, grados de libertad y nivel de significancia (tabla 17).

Tabla 17. Medias de las variables sexo, grupo de edad y grupo de expresión del enojo

FACTOR	SEXO		GRUPO DE EDAD				GRUPO DE EE			
	H	M	15 años	16 años	17 años	18-19 años	1	2	3	4
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	6.21	6.14	6.51	6.03	6.16	5.97	5.41	5.80	6.42	7.62
F (1) (2)	1.228	1.374 (.268)	.812 3.374 (.488)				13.715 3.374 (.000)			
ASPECTO ENOJOSO	6.13	6.52	6.60	6.31	5.94	6.20	5.75	6.12	6.31	7.48
F (1) (2)	1.323	1.373 (.251)	1.678 3.373 (.171)				11.256 3.373 (.000)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO	10.31	11.57	10.77	10.51	11.28	11.15	8.85	10.49	11.27	13.93
F (1) (2)	13.068	1.367 (.000)	1.803 3.367 (.146)				35.394 3.367 (.000)			
REACCIÓN ENOJOSA	9.68	10.07	9.88	9.59	9.73	10.61	8.91	9.28	10.12	11.81
F (1) (2)	1.226	1.373 (.269)	1.441 3.373 (.231)				14.442 3.373 (.000)			
CONTROL DEL ENOJO	17.60	19.87	19.29	18.89	17.45	18.16	17.50	18.72	18.52	20.47
F (1) (2)	12.537	1.372 (.000)	1.522 3.372 (.208)				3.790 3.372 (.011)			
IDEACIÓN SUICIDA	9.72	10.19	10.42	9.66	9.57	10.17	8.76	8.97	10.18	13.15
F (1) (2)	.262	1.365 (.609)	.572 3.365 (.634)				22.851 3.365 (.000)			
SOLEDAD	12.26	13.01	12.95	12.51	12.06	12.76	11.68	12.13	12.78	14.38
F (1) (2)	2.655	1.369 (.104)	.858 3.369 (.463)				9.228 3.369 (.000)			
AUTOESTIMA	10.55	10.49	10.09	10.70	10.78	10.55	10.60	10.42	10.70	10.24
F (1) (2)	.029	1.364 (.864)	1.429 3.364 (.234)				.527 3.364 (.664)			
AFFECTIVIDAD	8.25	7.88	7.97	8.06	8.29	8.11	8.22	8.06	8.31	7.51
F (1) (2)	1.306	1.364 (.254)	.230 3.364 (.875)				1.486 3.364 (.218)			
INCAPACIDAD	8.33	8.27	8.15	8.29	8.56	8.25	7.57	8.05	8.80	9.06
F (1) (2)	.056	1.361 (.813)	.643 3.361 (.588)				7.908 3.361 (.000)			

FALTA DE CONTROL EMOCIONAL	12.78	15.25	14.81	13.18	13.61	14.12	12.19	13.02	14.40	16.94
F # (p)	29.993	1.362 (.000)		1.621	3.362 (.184)			17.750	3.362 (.000)	
DESCUIDO DE LA SALUD	8.19	9.44	8.99	8.65	8.51	8.66	7.96	8.31	8.86	10.38
F # (p)	20.718	1.368 (.000)		.216	3.368 (.885)			13.315	3.368 (.000)	
CONDUCTAS ADICTIVAS	4.05	3.64	3.68	3.71	4.31	4.04	3.78	3.69	3.84	4.40
F # (p)	5.123	1.366 (.024)		2.190	3.366 (.089)			2.813	3.366 (.039)	
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	3.58	3.40	3.53	3.43	3.58	3.51	3.33	3.36	3.41	4.18
F # (p)	4.344	1.372 (.041)		.179	3.372 (.911)			9.084	3.372 (.000)	

Para poder apreciar con mayor claridad cuáles fueron los grupos que marcaron las diferencias significativas en el análisis de varianza, se aplicó la prueba Scheffé.

Nuevamente se observa una tendencia clara respecto a la variable sexo, los factores *temperamento enojoso*, *control del enojo*, *falta de control emocional* y *descuido de la salud* obtienen F significativas y son el grupo de mujeres quienes marcan la diferencia, con medias de 11.57, 19.87, 15.25 y 9.44 respectivamente. Por su parte los hombres en los factores de *conductas adictivas* y *respuestas emocionales adictivas* marcan una diferencia significativa con medias de 4.05 y 3.58.

En la variable de grupo de edad el análisis no arrojó valores F significativos, pero respecto a la variable grupo de expresión emocional se ven valores de F significativos en casi todos los factores (excepto uno). En el factor *disposición conductual* el grupo 3 (6.42) marca diferencias con respecto al grupo 1 (5.41); y el grupo 4 (7.62) marca diferencias con respecto a los grupos 1 (5.41), 2 (5.80) y 3 (6.42).

En el factor *afecto enojoso* el grupo 4 (7.48) nuevamente marca diferencias con respecto a los grupos 1 (5.75), 2 (6.12) y 3 (6.31); en el factor *temperamento enojoso* los grupos 2 (10.49), 3 (11.27) y 4 (13.29) marcan diferencias con respecto al grupo 1 (8.85), de igual forma el grupo 4 marca diferencias significativas respecto a los grupos 2 y 3. Por su parte en el factor *reacción enojosa* los grupos 3 (10.12) y 4 (11.81) marcan diferencias significativas respecto al grupo 1 (8.91), el grupo 4 también marca diferencias con respecto a los grupos 2 (9.28) y 3. En el factor de *control del enojo* el grupo 4 (20.47) marca diferencias significativas respecto al grupo 1 (17.50).

Por otra parte, en el factor *ideación suicida* los grupos 3 (10.18) y 4 (13.15) marcan diferencias significativas respecto al grupo 1 (8.76), además el grupo 4 marca diferencias con los grupos 2 (8.97) y 3. En el factor *soledad* es el grupo 4 quien marca diferencias significativas con los tres grupos restantes.

En el factor *incapacidad* los grupos 3 (8.80) y 4 (9.06) marcan diferencias significativas respecto al grupo 1 (7.57). En el factor de *falta de control emocional* los grupos 3 (14.40) y 4 (16.94) son los que marcan diferencias significativas respecto al grupo 1 (12.19) y adicionalmente el grupo 4 respecto a los grupos 2 (13.02) y 3.

Se puede apreciar que en el factor de *descuido de la salud* el grupo 4 (10.38) es el que marca las diferencias significativas respecto a los grupos 1 (7.96), 2 (8.31) y 3 (8.86), y este último marca diferencias significativas respecto al grupo 1. Finalmente en el factor *respuestas emocionales adictivas* el grupo 4 (4.18) marca diferencias significativas respecto a los 3 grupos restantes (3.33, 3.36 y 3.41).

En las interacciones de dos vías para las variables independientes sexo, grupo de edad y expresión del enojo (tabla 18), se encontró un solo valor de F significativo para el factor de conductas adictivas. En general se observan medias más altas en los cuatro grupos de edad de las mujeres, lo mismo sucede en los cuatro grupos de expresión del enojo respecto a las mujeres. En la interacción grupo de expresión del enojo y grupo de edad parece no haber una clara tendencia.

Tabla 18. Medias de las interacciones para grupo de edad, sexo y grupo de expresión del enojo

FACTOR	GRUPO DE EDAD-SEXO				GRUPO DE EE-SEXO				GRUPO DE EDAD-GRUPO EE			
	15 años	16 años	17 años	18-19 años	1	2	3	4	15 años	16 años	17 años	18-19 años
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	H)5.90	6.22	6.59	6.09	H)5.43	5.80	6.59	7.77	1)5.21	6.35	6.41	8.50
	M)6.98	5.79	5.42	5.60	M)5.37	5.82	6.16	7.49	2)5.58	5.61	6.40	7.25
									3)5.24	5.76	6.83	7.06
									4)5.46	5.38	5.86	7.29
F _{st} (p)	2.482 3,374 (.061)				.418 3,374 (.740)				.490 3,374 (.882)			
AFECTO ENOJOSO	H)6.14	6.13	5.96	6.33	H)5.49	6.10	6.41	6.90	1)5.75	6.52	6.21	8.52
	M)6.97	6.55	5.90	5.79	M)6.10	6.16	6.15	7.97	2)5.89	6.19	6.52	7.19
									3)5.48	5.60	6.22	6.69
									4)5.75	6.25	6.00	7.14
F _{st} (p)	1.508 3,373 (.212)				2.277 3,373 (.079)				.615 3,373 (.784)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO	H)9.65	9.70	11.02	11.27	H)8.92	10.13	10.52	13.10	1)8.52	9.81	10.92	14.18
	M)11.67	11.57	11.79	10.80	M)8.75	11.11	12.44	14.64	2)8.51	9.78	11.68	14.53
									3)9.30	11.88	10.88	13.44
									4)9.46	11.63	11.50	13.43
F _{st} (p)	1.611 3,367 (.186)				2.013 3,367 (.112)				1.093 3,367 (.367)			
REACCIÓN ENOJOSA	H)9.27	9.46	9.71	10.50	H)9.12	8.85	9.88	12.03	1)9.29	9.57	9.76	11.18
	M)10.35	9.75	9.75	10.93	M)8.65	9.97	10.49	11.61	2)8.11	9.40	10.47	11.75
									3)9.15	9.04	9.71	11.67
									4)9.87	8.50	10.64	13.00
F _{st} (p)	.631 3,373 (.593)				.991 3,373 (.397)				1.011 3,373 (.430)			
CONTROL ENOJO DEL	H)17.53	18.35	16.25	17.98	H)16.91	17.76	17.32	19.59	1)18.93	20.00	18.87	19.81
	M)20.60	19.58	19.61	18.67	M)18.27	20.22	20.35	21.16	2)17.09	19.33	19.45	21.38
									3)16.62	17.12	17.50	19.00
									4)17.42	17.14	16.14	22.23
F _{st} (p)	.924 3,372 (.429)				.226 3,372 (.878)				1.159 3,372 (.321)			

REACCIÓN SUICIDA	H)9.69 9.34 9.91 10.28 M)11.00 10.08 8.97 9.87	H)8.71 8.92 10.08 12.82 M)8.82 9.05 10.33 13.42	1)9.00 9.91 10.03 13.75 2)8.84 8.43 10.23 14.00 3)8.10 8.52 10.35 12.36 4)8.91 10.36 10.14 12.15
F n (p)	1.615 3,365 (.186)	.102 3,365 (.959)	.674 9,365 (.739)
SOLEDAD	H)11.88 12.46 12.02 12.59 M)13.81 12.58 12.13 13.29	H)11.35 12.05 12.25 14.58 M)12.10 12.26 13.63 14.22	1)11.50 12.91 13.55 13.82 2)11.70 12.00 12.61 15.81 3)11.14 11.62 12.33 13.63 4)12.36 12.25 11.93 14.50
F n (p)	1.392 3,369 (.245)	.724 3,369 (.338)	.907 9,369 (.519)
AUTOESTIMA	H)10.12 10.55 10.96 10.55 M)10.07 10.89 10.45 10.57	H)10.62 10.53 10.67 10.20 M)10.58 10.26 10.76 10.28	1)10.54 9.96 10.00 9.86 2)10.30 10.38 11.36 10.81 3)11.00 11.25 10.36 10.33 4)10.91 9.50 11.07 10.07
F n (p)	.450 3,364 (.718)	.045 3,364 (.987)	.909 9,364 (.517)
AFFECTIVIDAD	H)8.14 8.13 8.63 8.09 M)7.84 7.97 7.67 8.17	H)8.34 8.21 8.40 7.73 M)8.06 7.79 8.17 7.31	1)7.48 7.14 8.95 7.68 2)8.39 8.20 7.93 7.19 3)8.48 8.69 7.92 7.93 4)8.52 7.83 8.43 7.08
F n (p)	.494 3,364 (.687)	.152 3,364 (.928)	1.491 9,364 (.149)
INCAPACIDAD	H)8.11 8.31 8.69 8.17 M)8.18 8.27 8.35 8.54	H)7.68 8.08 8.88 8.90 M)7.43 8.00 8.67 9.19	1)7.50 7.87 8.57 8.55 2)7.67 8.00 8.53 10.13 3)7.38 8.46 9.64 8.81 4)7.62 7.43 8.93 9.00
F n (p)	.256 3,361 (.857)	.373 3,361 (.773)	.807 9,361 (.610)
FALTA DE CONTROL EMOCIONAL	H)12.70 12.48 13.02 13.12 M)16.48 14.03 14.70 17.00	H)11.66 12.07 13.43 15.00 M)12.90 14.50 15.85 18.65	1)12.32 14.59 15.30 17.25 2)11.70 12.90 13.83 18.27 3)11.57 12.81 14.22 16.93 4)13.57 13.86 14.21 15.07
F n (p)	1.858 3,362 (.136)	.654 3,362 (.581)	.976 9,362 (.460)
DESCUIDO DE LA SALUD	H)7.92 8.37 7.96 8.42 M)9.87 9.00 9.53 9.46	H)7.40 8.17 8.45 9.29 M)8.77 8.53 9.49 11.39	1)8.22 8.57 8.29 10.65 2)8.00 8.68 8.85 9.80 3)7.70 7.46 8.46 11.31 4)7.83 8.50 9.36 9.46
F n (p)	.808 3,368 (.490)	1.787 3,368 (.149)	.873 9,368 (.349)
CONDUCTAS ADICTIVAS	H)3.66 3.75 4.80 4.09 M)3.69 3.65 3.45 3.85	H)3.91 3.84 4.04 4.80 M)3.61 3.45 3.53 4.06	1)3.54 3.17 3.72 4.35 2)3.73 3.63 3.77 3.69 3)4.00 4.24 4.17 5.06 4)3.95 3.75 3.86 4.54
F n (p)	3.542 3,366 (.015)	.399 3,366 (.754)	.653 9,366 (.751)
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	H)3.40 3.56 3.71 3.64 M)3.63 3.27 3.35 3.08	H)3.31 3.48 3.53 4.47 M)3.36 3.16 3.22 3.94	1)3.46 3.30 3.38 4.09 2)3.28 3.29 3.48 4.13 3)3.38 3.56 3.33 4.25 4)3.23 3.25 3.36 4.31
F n (p)	1.449 3,372 (.228)	1.030 3,372 (.379)	.196 9,372 (.994)

De acuerdo con los resultados de la prueba Scheffé, en el factor de *conductas activas* los hombres son los que marcan diferencias significativas específicamente el grupo de adolescentes de 17 (4.80) años respecto a los grupos de 15 (3.66) y 16 (3.75) años.

A continuación se presentan las interacciones de tres vías para las variables independientes sexo, grupo de edad y expresión del enojo (tabla 19), el análisis no arrojó valor de F significativos para ningún factor.

Tabla 19. Medias de las interacciones para grupo de edad, sexo y grupo de expresión del enojo

FACTOR grupo EE	GRUPO DE EDAD-SEXO-EE				grupo EE	GRUPO DE EDAD-SEXO-EE			
	15 años	16 años	17 años	18-19 años		15 años	16 años	17 años	18-19 años
DISPOSICION CONDUCTUAL grupo EE 1	H)5.19	5.50	5.36	5.61	grupo EE 3	H)6.21	6.74	7.47	5.55
	M)5.25	5.65	5.10	5.00		M)6.60	5.95	5.00	7.00
grupo EE 2	H)5.33	5.85	6.00	5.60	grupo EE 4	H)8.00	7.63	8.00	7.64
	M)7.00	5.20	5.00	5.00		M)8.65	6.88	6.33	6.00
F _g (p)	.649				9,374	(,735)			
AFECTO ENOJOSO grupo EE 1	H)5.44	5.32	5.27	5.89	grupo EE 3	H)6.16	6.68	6.41	6.18
	M)6.17	6.43	5.70	5.33		M)6.26	6.30	5.67	5.00
grupo EE 2	H)6.44	6.26	5.63	6.40	grupo EE 4	H)7.80	6.00	6.86	7.18
	M)6.57	6.07	5.50	6.00		M)8.75	8.38	6.56	7.00
F _g (p)	.401				9,373	(,934)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO grupo EE 1	H)8.63	8.10	9.73	9.67	grupo EE 3	H)10.37	10.52	10.67	10.55
	M)8.36	8.91	8.78	8.83		M)11.47	13.25	11.50	15.00
grupo EE 2	H)8.50	9.07	11.90	11.40	grupo EE 4	H)12.00	13.25	11.43	14.55
	M)10.62	11.14	11.80	12.00		M)14.82	16.00	15.00	9.33
F _g (p)	1.711				9,367	(,085)			
REACCIÓN ENOJOSA grupo EE 1	H)9.31	8.36	9.36	9.76	grupo EE 3	H)9.28	10.41	9.78	9.73
	M)9.25	7.88	8.89	10.17		M)10.20	10.55	9.50	14.00
grupo EE 2	H)8.89	8.63	9.20	8.60	grupo EE 4	H)9.80	12.33	11.57	13.27
	M)10.00	10.80	8.40	8.33		M)11.59	11.38	11.75	12.00
F _g (p)	.928				9,373	(,500)			
CONTROL DEL ENOJO grupo EE 1	H)18.88	16.91	14.18	16.83	grupo EE 3	H)17.05	18.30	17.06	15.82
	M)19.00	17.25	19.30	19.17		M)20.60	21.00	18.83	17.33
grupo EE 2	H)19.00	18.69	16.40	16.00	grupo EE 4	H)11.50	21.38	17.00	23.20
	M)20.57	20.50	19.50	18.67		M)21.76	21.38	20.56	19.00
F _g (p)	1.351				9,372	(,209)			

IDEACIÓN SUICIDA grupo EE 1	H)8.81	8.57	7.91	9.29	grupo EE 3	H)9.05	9.82	11.18	10.82
	M)9.25	9.09	8.30	7.83		M)10.95	10.84	8.00	7.67
	H)11.75	8.11	8.79	9.20		grupo EE 4	H)11.60	14.43	13.50
grupo EE 2	M)8.86	9.00	7.67	13.00		M)14.47	13.57	11.50	13.00
F gl (p)	1.779				9.365		(071)		
SOLEDAD grupo EE 1	H)10.44	11.19	11.09	12.59	grupo EE 3	H)12.00	12.59	12.50	11.45
	M)12.92	12.17	11.20	11.60		M)15.11	12.63	11.80	13.67
	H)13.00	11.96	11.85	11.60		grupo EE 4	H)14.00	17.00	12.86
grupo EE 2	M)12.86	12.07	10.83	13.33		M)13.76	14.63	14.22	15.67
F gl (p)	.955				9.369		(478)		
AUTOESTIMA grupo EE 1	H)10.19	10.05	12.09	10.76	grupo EE 3	H)10.11	11.37	10.17	10.73
	M)11.10	10.52	9.80	11.40		M)9.90	11.33	11.25	12.33
	H)9.89	10.11	11.61	10.00		grupo EE 4	H)10.40	10.63	9.33
grupo EE 2	M)10.00	10.87	10.17	8.67		M)9.69	11.00	11.00	9.33
F gl (p)	1.047				9.364		(402)		
AFECTIVIDAD grupo EE 1	H)7.50	8.25	9.91	8.24	grupo EE 3	H)9.16	7.96	7.94	8.91
	M)7.45	8.50	6.90	9.33		M)8.75	7.88	7.83	6.67
	H)6.78	8.30	8.85	7.80		grupo EE 4	H)8.80	7.88	7.71
grupo EE 2	M)7.38	8.00	8.17	8.00		M)7.35	6.50	8.13	7.00
F gl (p)	1.163				9.364		(317)		
INCAPACIDAD grupo EE 1	H)7.53	7.71	8.00	7.53	grupo EE 3	H)8.76	8.50	9.69	8.82
	M)7.45	7.64	6.70	7.83		M)8.39	8.58	9.50	9.33
	H)8.33	7.89	8.65	6.40		grupo EE 4	H)7.20	11.00	7.57
grupo EE 2	M)7.57	8.20	7.83	10.00		M)8.94	9.38	9.78	8.00
F gl (p)	1.349				9.361		(210)		
FALTA DE CONTROL EMOCIONAL grupo EE 1	H)11.87	10.95	10.91	12.82	grupo EE 3	H)13.44	13.27	14.06	12.82
	M)13.00	12.39	12.30	15.67		M)17.05	14.55	14.67	19.33
	H)11.88	11.63	12.70	12.25		grupo EE 4	H)13.80	17.43	14.71
grupo EE 2	M)16.14	13.20	13.17	16.00		M)18.40	19.00	18.88	18.33
F gl (p)	.444				9.362		(910)		
DESCUIDO DE LA SALUD grupo EE 1	H)7.44	7.32	7.09	7.67	grupo EE 3	H)8.05	8.64	8.17	9.09
	M)9.36	8.68	8.44	8.40		M)9.75	9.15	9.33	10.33
	H)8.44	8.76	7.40	7.80		grupo EE 4	H)8.00	9.13	10.43
grupo EE 2	M)8.64	8.53	7.67	9.67		M)11.53	10.57	12.00	10.50
F gl (p)	.304				9.368		(973)		
CONDUCTAS ADICTIVAS grupo EE 1	H)3.80	3.67	4.55	3.88	grupo EE 3	H)3.79	3.85	4.56	4.09
	M)3.18	3.78	3.40	4.20		M)3.65	3.65	3.00	3.00
	H)3.44	3.52	4.58	3.40		grupo EE 4	H)3.00	4.38	6.43
grupo EE 2	M)3.00	3.80	3.17	4.33		M)4.69	3.00	4.00	3.50
F gl (p)	1.112				9.366		(353)		
RES. EMOCIONALES ADICTIVAS grupo EE 1	H)3.40	3.14	3.55	3.29	grupo EE 3	H)3.47	3.68	3.39	3.45
	M)3.55	3.42	3.20	3.00		M)3.30	3.20	3.17	3.00
	H)3.44	3.44	3.58	3.40		grupo EE 4	H)3.00	4.86	5.14
grupo EE 2	M)3.21	3.00	3.50	3.00		M)4.41	3.50	3.56	3.50
F gl (p)	1.4421				9.372		(168)		

Agotados los análisis para la variable expresión del enojo, se tomaron las variables independientes sexo, grupo de edad e ideación suicida.

Se presentan a continuación los resultados del análisis de varianza respecto a los efectos principales, con sus respectivas medias por cada grupo, sus valores F, grados de libertad y nivel de significancia (tabla 20).

Tabla 20. Medias de las variables sexo, grupo de edad y grupo de ideación suicida

FACTOR	SEXO		GRUPO DE EDAD				GRUPO DE IS			
	H	M	15 años	16 años	17 años	18-19 años	1	2	3	4
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	6.17	6.09	6.45	6.01	6.15	5.85	5.41	5.42	6.18	7.12
F (1, 9)	1.016	1.374 (.314)	1.409 3.374 (.240)				22.815 3.374 (.000)			
APECTO ENOJOSO	6.10	6.58	6.66	6.34	5.95	6.07	5.88	6.04	6.06	7.33
F (1, 9)	3.463	1.375 (.064)	1.490 3.375 (.217)				11.928 3.375 (.000)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO	10.36	11.48	10.82	10.53	11.17	11.08	9.49	10.71	11.42	12.28
F (1, 9)	9.721	1.368 (.002)	1.388 3.368 (.246)				12.822 3.368 (.000)			
REACCIÓN ENOJOSA	9.71	10.11	9.95	9.67	9.64	10.64	8.64	10.35	9.95	11.21
F (1, 9)	2.167	1.371 (.142)	1.783 3.371 (.150)				15.379 3.371 (.000)			
CONTROL DEL ENOJO	17.61	19.85	19.27	18.94	17.33	18.26	17.07	17.94	19.65	20.09
F (1, 9)	13.084	1.372 (.000)	1.417 3.372 (.237)				6.940 3.372 (.000)			
EXPOSICIÓN DEL ENOJO	9.38	9.70	9.81	9.20	9.61	9.66	8.48	9.28	9.55	11.14
F (1, 9)	.687	1.365 (.408)	1.148 3.365 (.329)				17.126 3.365 (.000)			
SOLEDAD	12.27	12.99	12.93	12.58	12.02	12.71	11.04	11.75	12.50	15.43
F (1, 9)	3.010	1.372 (.084)	.537 3.372 (.657)				38.511 3.372 (.000)			
AUTOESTIMA	10.61	10.52	10.13	10.73	10.86	10.62	10.80	11.66	10.21	9.82
F (1, 9)	.044	1.368 (.813)	1.305 3.368 (.273)				7.355 3.368 (.000)			
APECTIVIDAD	8.28	7.90	8.07	8.08	8.22	8.18	8.66	8.94	7.61	7.31
F (1, 9)	1.737	1.368 (.188)	.030 3.368 (.993)				10.147 3.368 (.000)			
INCAPACIDAD	8.34	8.25	8.15	8.33	8.51	8.17	7.35	8.26	8.42	9.56
F (1, 9)	.217	1.364 (.642)	.932 3.364 (.425)				18.297 3.364 (.000)			
FALTA DE CONTROL EMOCIONAL	12.77	15.29	14.93	13.22	13.39	14.18	12.45	13.37	13.92	16.09
F (1, 9)	33.420	1.365 (.000)	2.882 3.365 (.036)				14.257 3.365 (.000)			
DESCUIDO DE LA SALUD	8.17	9.45	9.05	8.64	8.41	8.68	8.04	8.23	8.80	9.88
F (1, 9)	24.635	1.371 (.000)	.454 3.371 (.713)				11.665 3.371 (.000)			
CONDUCTAS ADICTIVAS	4.05	3.61	3.63	3.72	4.25	4.05	3.49	3.81	3.87	4.39
F (1, 9)	5.578	1.368 (.019)	2.875 3.368 (.036)				6.610 3.368 (.000)			
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	3.58	3.32	3.43	3.44	3.55	3.52	3.29	3.49	3.40	3.80
F (1, 9)	5.299	1.372 (.041)	.282 3.372 (.838)				4.295 3.372 (.005)			

Nuevamente se aplicó la prueba Scheffé para mostrar que grupos son los que marcan las diferencias significativas. Se observa una tendencia clara respecto a la variable sexo, con el grupo de mujeres marcando la diferencia en los factores de *temperamento enojoso*, *control del enojo*, *falta de control emocional* y *descuido de la salud*; por su parte, el grupo de hombres marca las diferencias en los factores de *conductas adictivas* y *respuestas emocionales adictivas*.

Respecto a la variable edad, se observa que en el factor de *falta de control emocional* el grupo de adolescentes de 15 años (14.93) esta marcando la diferencia respecto al grupo de 16 años (13.39); y en el factor de *conductas adictivas* es el grupo de adolescentes de 17 años el que marca las diferencias respecto al grupo de 15 años.

En cuanto a la variable de ideación suicida todos los valores de F son significativas, y la prueba Scheffè arrojó los siguientes resultados: en los factores de *disposición conductual* y *afecto enojoso* es el grupo 4 el que marca las diferencias respecto a los grupos 1, 2 y 3. En el factor de *temperamento enojoso* los grupos 3 (11.42) y 4 (12.28) marcan la diferencia respecto al grupo 1 (9.49), y además el grupo 4 respecto al grupo 2 (10.71). En cuanto al factor de *reacción enojosa* los grupos 2 (10.35), 3 (10.35) y 4 (11.21) se encuentran marcando diferencias respecto al grupo 1 (8.64), y además el grupo cuatro con respecto al grupo 3.

En el factor de *control del enojo* los grupos 3 (19.65) y 4 (20.09) marcan las diferencias respecto al grupo 1 (17.07); respecto al factor de *expresión del enojo* el grupo 4 marca las diferencias con respecto al resto de los grupos; lo mismo sucede en el factor de *soledad*, además el grupo 3 marca diferencias significativas respecto al grupo 1. Por otra parte, en el factor de *autoestima* los grupos 3 (10.21) y 4 (9.82) marcan la diferencia respecto al grupo 2 (11.66), y además el grupo 4 con respecto al grupo 1 (10.80). En el factor de *afectividad* los grupos que marcan la diferencia son el 3 (7.61) y 4 (7.31) respecto a los grupos 1 (8.66) y 2 (8.94).

En cuanto al factor de *incapacidad* el grupo 4 marca las diferencias respecto al resto de los grupos y además el grupo 3 con respecto al grupo 1. En los factores de *falta de control emocional* y *descuido de la salud* el grupo 4 marca la diferencia respecto al resto de los grupos. Finalmente en los factores de *conductas adictivas* y *respuestas emocionales adictivas* el grupo 4 marca la diferencia respecto al grupo 1.

A continuación se presentan las interacciones de dos vías para las variables independientes sexo, grupo de edad e ideación suicida (tabla 21).

Tabla 21. Media de las interacciones para grupo de edad, sexo y grupo de ideación suicida

FACTOR	GRUPO DE EDAD-SEXO				GRUPO DE IS-SEXO				GRUPO DE EDAD-GRUPO IS			
	15 años	16 años	17 años	18-19 años	1	2	3	4	15 años	16 años	17 años	18-19 años
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	H)5.92	6.15	6.62	5.93	H)5.43	5.80	6.59	7.77	1)5.21	6.35	6.41	8.50
	M)6.86	5.81	5.39	5.60	M)5.37	5.82	6.16	7.49	2)5.58	5.61	6.40	7.25
									3)5.24	5.76	6.83	7.06
									4)5.46	5.38	5.86	7.29
F n (p)	3.209 3,374 (.061)				.515 3,374 (.710)				.623 9,374 (.882)			
AFECTO ENOIOSO	H)6.20	6.10	5.96	6.16	H)5.77	5.91	6.00	6.87	1)5.91	6.37	6.21	8.52
	M)7.02	6.66	5.94	5.79	M)6.05	6.25	6.13	7.89	2)5.92	6.38	6.38	6.83
									3)5.74	5.38	5.70	7.25
									4)6.00	5.30	5.67	7.07
F n (p)	1.307 3,375 (.272)				.953 3,375 (.415)				1.084 9,375 (.373)			
TEMPERAMENTO ENOIOSO	H)9.90	9.76	11.02	11.18	H)9.07	10.28	11.33	11.46	1)9.57	10.26	11.46	12.23
	M)11.57	11.58	11.45	10.80	M)10.11	11.41	11.52	13.28	2)8.72	10.93	11.16	12.14
									3)10.46	11.00	10.55	12.29
									4)9.58	10.60	11.67	12.73
F n (p)	1.320 3,368 (.267)				.905 3,368 (.439)				.310 9,368 (.971)			
REACCIÓN ENOIOSA	H)9.33	9.50	9.71	10.53	H)8.10	10.44	10.02	11.24	1)8.77	9.89	10.36	11.00
	M)10.42	9.89	9.50	10.93	M)9.42	10.19	9.86	11.18	2)8.12	10.52	9.63	11.05
									3)8.86	10.50	9.14	11.38
									4)9.37	10.50	11.14	11.87
F n (p)	.650 3,371 (.584)				1.932 3,371 (.124)				.505 3,371 (.871)			
CONTROL DEL ENOJO	H)17.17	18.51	16.04	18.12	H)15.89	16.64	19.28	19.35	1)18.54	18.39	19.69	20.33
	M)20.65	19.52	19.48	18.67	M)18.74	19.89	20.11	20.93	2)16.66	19.21	20.48	20.44
									3)16.23	15.54	18.57	19.29
									4)16.94	16.60	19.53	19.67
F n (p)	2.198 3,372 (.088)				1.082 3,372 (.357)				.514 9,372 (.864)			
EXPRESIÓN DEL ENOJO	H)9.10	9.23	9.60	9.72	H)8.31	9.21	9.77	10.77	1)8.74	9.22	10.00	11.29
	M)10.36	9.16	9.63	9.47	M)8.71	9.38	9.27	11.57	2)8.04	9.38	9.10	10.70
									3)8.85	8.75	9.18	12.44
									4)8.53	9.78	10.13	10.53
F n (p)	1.481 3,365 (.219)				1.182 3,365 (.316)				.870 9,365 (.352)			
SOLEDAZ	H)11.92	12.55	11.94	12.52	H)10.89	11.37	12.10	15.28	1)11.09	11.79	12.79	16.14
	M)13.73	12.63	12.16	13.29	M)11.27	12.32	12.98	15.61	2)10.96	11.79	12.44	15.47
									3)10.74	11.54	12.32	14.35
									4)11.74	11.80	12.00	15.20
F n (p)	1.617 3,372 (.185)				.311 3,372 (.817)				.358 9,372 (.954)			
AUTOESTIMA	H)10.20	10.52	11.13	10.64	H)10.78	11.81	10.43	9.54	1)10.21	11.26	9.86	9.55
	M)10.07	11.02	10.39	10.57	M)10.83	11.43	9.93	10.13	2)10.76	12.03	10.42	9.97
									3)11.32	11.62	10.24	10.00
									4)11.05	11.40	10.43	9.73
F n (p)	1.236 3,368 (.296)				.830 3,368 (.478)				.198 9,368 (.994)			
AFECTIVIDAD	H)8.18	8.12	8.69	8.19	H)8.95	9.24	7.26	7.56	1)8.44	9.05	8.29	6.97
	M)7.98	8.03	7.42	8.17	M)8.22	8.50	8.05	6.98	2)8.44	9.39	7.34	7.31
									3)9.20	8.08	7.70	7.00
									4)8.61	8.60	6.71	8.85
F n (p)	2.054 3,368 (.106)				1.618 3,368 (.185)				1.726 9,368 (.082)			
INCAPACIDAD	H)8.15	8.36	8.68	8.05	H)7.62	8.71	8.04	9.11	1)7.06	7.78	8.64	9.24
	M)8.15	8.30	8.24	8.54	M)6.96	7.61	8.88	9.75	2)7.37	8.41	8.17	9.63
									3)7.66	8.54	8.86	9.88
									4)7.26	8.33	7.85	9.69
F n (p)	.259 3,364 (.855)				3.333 3,364 (.020)				.238 9,364 (.989)			

FALTA DE CONTROL EMOCIONAL	H)12.80 12.45 12.91 13.17 M)16.57 14.22 14.22 17.00	H)11.69 12.21 13.52 14.08 M)13.54 15.14 14.40 18.43	1)12.43 13.68 15.55 17.82 2)11.37 13.97 13.34 14.97 3)13.40 11.62 12.17 16.56 4)13.56 13.30 14.67 15.07
F el G)	1.729 3,365 (.161)	2.922 3,365 (.034)	2.275 9,365 (.017)
DESCUIDO DE LA SALUD	H)7.96 8.35 7.85 8.45 M)9.92 9.02 9.38 9.46	H)7.45 8.19 8.35 9.09 M)8.98 8.29 9.33 10.86	1)8.09 8.05 9.15 10.45 2)7.84 8.97 8.60 9.44 3)8.24 7.23 7.87 10.41 4)8.17 7.70 9.40 9.29
F el G)	1.575 3,371 (.195)	1.964 3,371 (.119)	1.804 9,371 (.066)
CONDUCTAS ADICTIVAS	H)3.66 3.76 4.78 4.12 M)3.61 3.66 3.39 3.85	H)3.59 4.08 4.21 4.56 M)3.33 3.43 3.47 4.20	1)3.38 3.06 3.59 4.31 2)3.18 4.11 3.50 4.28 3)3.91 4.15 4.22 5.13 4)3.67 3.80 4.71 4.07
F el G)	2.758 3,368 (.042)	.270 3,368 (.847)	.912 9,368 (.514)
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	H)3.40 3.58 3.70 3.65 M)3.45 3.26 3.30 3.08	H)3.33 3.64 3.58 3.94 M)3.24 3.25 3.18 3.62	1)3.32 3.06 3.34 3.86 2)3.14 3.55 3.41 3.79 3)3.31 4.15 3.26 4.00 4)3.61 3.20 3.71 3.43
F el G)	.804 3,372 (.492)	.543 3,372 (.653)	1.298 9,372 (.236)

Se encontró un valor de F significativo en la interacción grupo de edad-sexo para el factor de *conductas adictivas*, la prueba Scheffè muestra que el grupo de hombres de 17 (4.78) años marca la diferencia respecto a los grupos de 15 (3.66) y 16 años (3.76); para el factor de *incapacidad* en la interacción grupo de ideación suicida-sexo, la prueba Scheffè muestra que respecto a los hombres el grupo que marca las diferencias es el 4 (9.41) respecto a los grupos 1 (7.62) y 3 (8.04); en cuanto a las mujeres los grupos 3 (8.88) y 4 (9.75) marcan las diferencias respecto al grupo 1 (6.96); y además el grupo 4 respecto al 2 (7.61). En el factor de *falta de control emocional* en los hombres el grupo que marca la diferencia es el 4 (14.08) respecto al 1 (11.69) y en las mujeres el grupo 4 es el que marca diferencias significativas con el resto de los grupos.

En la interacción grupo de ideación suicida-grupo de edad se obtuvo un solo valor F significativo para el factor de *falta de control emocional*, en los adolescentes de 15 años el grupo 4 (17.82) marca las diferencias respecto a los grupos 1 (12.43) y 2 (13.68); en los adolescentes de 16 años el grupo 4 (14.97) marca la diferencia respecto al grupo 1 (11.37); finalmente, en los adolescentes de 17 años el grupo 4 (16.56) marca la diferencia respecto a los grupos 2 (11.62) y 3 (12.17).

En cuanto a las interacciones de tres vías para las variables independientes sexo, grupo de edad e ideación suicida (tabla 22), el análisis arrojó un solo valor de F significativo para el factor de disposición conductual.

Los resultados de la prueba muestran que en los hombres de 16 años el grupo que marca la diferencia es el 4 (8.10) respecto a los grupos 1 (5.27) y 2 (5.47); en los

hombres de 18 y 19 años el grupo 4 (8.00) marca la diferencia respecto al resto de los grupos (5.07, 5.17 y 5.69).

En las mujeres de 15 años el grupo que marca la diferencia es el 4 (9.50) respecto al resto de los grupo (5.40, 5.25 y 6.53); por último, en las mujeres de 17 años el grupo 4 (7.20) marca la diferencia respecto a los grupos 1 (5.13) y 3 (5.00).

Tabla 22. Medias de las interacciones para grupo de edad, sexo y grupo de ideación suicida

FACTOR grupo IS	GRUPO DE EDAD-SEXO-IS				grupo IS	GRUPO DE EDAD-SEXO-IS			
	15 años	16 años	17 años	18-19 años		15 años	16 años	17 años	18-19 años
DISPOSICION CONDUCTUAL grupo IS 1	H)5.13	5.27	6.00	5.07	grupo IS 3	H)6.17	6.14	7.00	5.69
grupo IS 2	M)5.40	5.56	5.13	6.50		M)6.53	6.17	5.00	5.50
F gl (p)	2.451				9.374	(010)			
APECTO ENOIOSO grupo IS 1	H)5.73	5.67	5.74	6.07	grupo IS 3	H)6.17	6.29	5.87	5.69
grupo IS 2	M)6.05	6.39	5.73	5.67		M)6.24	6.44	5.38	5.50
F gl (p)	.438				9.375	(914)			
TEMPERAMENTO ENOIOSO grupo IS 1	H)8.87	8.48	9.85	9.53	grupo IS 3	H)11.25	10.29	11.93	11.85
grupo IS 2	M)10.10	9.18	11.27	9.75		M)11.63	11.88	10.71	10.50
F gl (p)	.927				9.368	(501)			
REACCION ENOIOSA grupo IS 1	H)7.33	7.81	8.70	8.67	grupo IS 3	H)10.09	9.86	8.87	11.58
grupo IS 2	M)9.85	8.67	9.07	12.00		M)10.53	9.44	9.71	8.50
F gl (p)	1.226				9.371	(278)			
CONTROL DEL ENOIO grupo IS 1	H)17.13	16.94	13.50	15.57	grupo IS 3	H)18.58	20.64	18.20	19.69
grupo IS 2	M)19.60	16.17	19.87	21.75		M)20.47	20.35	19.25	18.50
F gl (p)	1.255				9.372	(260)			
EXPRESION DEL ENOIO grupo IS 1	H)8.60	8.13	8.06	8.73	grupo IS 3	H)9.33	9.62	9.93	10.15
grupo IS 2	M)8.84	7.89	9.80	7.75		M)10.47	8.72	7.57	10.00
F gl (p)	1.120				9.365	(345)			
SOLEDAD grupo IS 1	H)10.53	10.97	10.50	11.60	grupo IS 3	H)11.42	12.43	12.31	12.15
grupo IS 2	M)11.50	10.94	11.07	12.25		M)13.76	12.44	12.88	10.00
F gl (p)	.369				9.372	(949)			
AUTOESTIMA grupo IS 1	H)9.87	10.64	11.65	10.87	grupo IS 3	H)10.25	10.64	10.57	10.23
grupo IS 2	M)10.47	11.00	10.86	11.75		M)9.56	10.24	9.57	13.00
F gl (p)	1.045				9.368	(404)			
AFFECTIVIDAD grupo IS 1	H)9.13	8.50	9.80	8.57	grupo IS 3	H)7.83	6.93	7.67	6.62
grupo IS 2	M)7.89	8.31	8.40	8.75		M)8.63	7.67	7.75	8.00
F gl (p)	1.027				9.368	(417)			

INCAPACIDAD grupo IS 1	H)7.21	7.85	7.85	7.20	grupo IS 3	H)8.27	7.38	9.00	7.36
	M)6.95	6.50	7.40	7.50		M)8.93	8.76	8.63	10.50
grupo IS 2	H)8.70	8.61	9.25	8.20	grupo IS 4	H)8.73	9.50	9.36	10.00
	M)6.63	8.09	7.40	8.50		M)9.56	9.78	11.00	8.67
F _{gl} (p)	1.064				9.364	(389)			
FALTA DE CONTROL EMOCIONAL grupo IS 1	H)11.15	11.00	12.70	12.29	grupo IS 3	H)14.58	13.64	11.60	14.62
	M)13.41	12.00	14.33	18.00		M)16.24	13.11	13.25	15.00
grupo IS 2	H)11.73	12.72	12.13	11.67	grupo IS 4	H)14.00	13.60	15.42	13.44
	M)16.38	16.00	10.80	15.75		M)19.94	16.59	20.00	18.00
F _{gl} (p)	.716				9.365	(675)			
DESCUIDO DE LA SALUD grupo IS 1	H)7.27	7.58	7.30	7.53	grupo IS 3	H)8.08	8.33	7.53	9.54
	M)8.74	8.35	9.57	11.33		M)10.41	8.78	8.50	8.50
grupo IS 2	H)7.45	8.94	7.63	8.00	grupo IS 4	H)9.27	9.05	9.33	8.70
	M)8.88	9.00	6.60	7.25		M)11.17	9.94	13.00	10.75
F _{gl} (p)	1.075				9.311	(380)			
CONDUCTAS ADICTIVAS grupo IS 1	H)3.40	3.10	4.35	3.80	grupo IS 3	H)4.00	3.57	4.60	4.67
	M)3.37	3.33	3.33	3.00		M)3.29	3.44	3.50	5.00
grupo IS 2	H)3.00	4.38	4.88	3.83	grupo IS 4	H)4.18	4.36	5.73	4.10
	M)3.13	3.73	3.00	3.75		M)4.39	4.17	3.80	4.00
F _{gl} (p)	.368				9.368	(950)			
RES. EMOCIONALES ADICTIVAS grupo IS 1	H)3.13	3.15	3.45	3.73	grupo IS 3	H)3.58	3.71	3.33	3.75
	M)3.47	3.11	3.13	3.00		M)3.18	3.17	3.13	3.50
grupo IS 2	H)3.10	3.67	4.50	3.33	grupo IS 4	H)3.82	4.10	4.09	3.60
	M)3.00	3.36	3.60	3.00		M)3.89	3.44	3.80	3.00
F _{gl} (p)	.322				9.372	(968)			

Por último, se realizaron los análisis tomando las variables independientes sexo, grupo de edad y falta de control emocional.

Se presentan a continuación los resultados del análisis de varianza respecto a los efectos principales (tabla 23), como se había hecho anteriormente se aplicó la prueba Scheffè para determinar que grupos marcaban la diferencia.

Tabla 23. Medias de las variables sexo, grupo de edad y grupo de falta de control emocional

FACTOR	SEXO		GRUPO DE EDAD				GRUPO DE FCE			
	H	M	15 años	16 años	17 años	18-19 años	1	2	3	4
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	6.17	6.05	6.48	5.95	6.05	5.98	5.79	5.97	5.68	7.15
F _{gl} (p)	4.141 1.370 (.043)		.833 3.370 (.476)				8.687 3.370 (.000)			
AFFECTO ENOJOSO	6.13	6.58	6.69	6.35	5.90	6.21	5.81	6.15	6.14	7.36
F _{gl} (p)	.193 1.371 (.661)		1.581 3.371 (.194)				8.641 3.371 (.000)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO	10.33	11.54	10.83	10.55	11.13	11.12	9.18	10.11	10.99	13.69
F _{gl} (p)	.956 1.365 (.329)		1.098 3.365 (.350)				27.305 3.365 (.000)			
REACCIÓN ENOJOSA	9.64	10.06	9.96	9.58	9.64	10.47	8.48	9.57	10.22	11.36
F _{gl} (p)	.144 1.369 (.704)		.789 3.369 (.501)				14.296 3.369 (.000)			
CONTROL DEL ENOJO	17.58	20.05	19.40	18.96	17.48	18.32	17.41	17.88	18.27	21.64
F _{gl} (p)	7.145 1.371 (.008)		1.393 3.371 (.245)				7.576 3.371 (.000)			
EXPRESIÓN DEL ENOJO	9.43	9.78	9.91	9.19	9.68	9.81	8.36	9.31	9.60	11.33
F _{gl} (p)	.599 1.362 (.439)		.398 3.362 (.754)				15.651 3.362 (.000)			

IDEACIÓN SUICIDA	9.63	10.21	10.41	9.64	9.48	10.14	8.89	9.32	9.78	11.92
F η^2 (p)	.086	1.365 (.770)		.383	3.365 (.765)			11.042	3.365 (.000)	
SOLEDAD	12.22	13.01	12.90	12.65	11.95	12.61	11.19	12.23	13.13	14.00
F η^2 (p)	.201	1.367 (.654)		1.196	3.367 (.311)			11.030	3.367 (.000)	
AUTORSTIMA	10.60	10.46	10.00	10.69	10.88	10.63	10.39	10.55	10.83	10.39
F η^2 (p)	.104	1.362 (.747)		1.882	3.362 (.132)			4.54	3.362 (.714)	
AFFECTIVIDAD	8.24	7.86	8.05	8.00	8.24	8.11	8.23	8.21	8.11	7.69
F η^2 (p)	.977	1.362 (.324)		.157	3.362 (.925)			5.50	3.362 (.649)	
INCAPACIDAD	8.38	8.29	8.25	8.34	8.48	8.30	7.88	8.37	8.38	8.80
F η^2 (p)	1.235	1.338 (.267)		.272	3.358 (.846)			2.677	3.358 (.047)	
DESCUIDO DE LA SALUD	8.18	9.44	9.04	8.65	8.45	8.70	7.62	8.01	8.95	10.77
F η^2 (p)	5.821	1.370 (.016)		.293	3.370 (.830)			26.697	3.370 (.000)	
CONDUCTAS ADICTIVAS	4.06	3.57	3.66	3.68	4.24	4.04	3.45	3.83	3.71	4.48
F η^2 (p)	16.074	1.366 (.000)		2.528	3.366 (.057)			10.423	3.366 (.000)	
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	3.57	3.34	3.43	3.46	3.51	3.52	3.20	3.41	3.57	3.78
F η^2 (p)	9.843	1.372 (.002)		.158	3.372 (.925)			6.683	3.372 (.000)	

Los hombres marcaron la diferencia en el factor de *disposición conductual*, *conductas adictivas* y *respuestas emocionales adictivas*; mientras que las mujeres lo hicieron en los factores de *control del enojo* y *descuido de la salud*.

Respecto al grupo de falta de control emocional la prueba Scheffè arrojó los siguientes resultados: en los factores de *disposición conductual*, *afecto enojoso*, *control del enojo* e *ideación suicida* el grupo 4 marca las diferencias respecto al resto de los grupos; en el factor de *temperamento enojoso* el grupo 4 (13.69) marcan la diferencia respecto al grupo 1 (9.18), 2 (10.11) y 3 (10.99) y este último respecto al grupo 1. En el factor de *reacción enojosa* los grupos 2 (9.57), 3 (10.22) y 4 (11.36) marcan la diferencia respecto al grupo 1 (8.48), además el grupo 4 respecto al 2.

En el factor de *expresión del enojo* el grupo 4 marca la diferencia respecto al resto de los grupos y el grupo 3 respecto al 1. En cuanto al factor de *soledad* los grupos 3 (13.13) y 4 (14.00) marcan la diferencia respecto al grupo 1 (11.19); y el 4 respecto al 2 (12.23). En el factor de *descuido de la salud* el grupo 4 marca diferencias con respecto al resto de los grupos y el grupo 3 respecto a los grupos 1 y 2. En el factor de *conductas adictivas* el grupo 4 (4.48) marca diferencias con respecto a los grupos 1 (3.45) y 3 (3.71); finalmente, en el factor de *respuestas emocionales adictivas* el grupo 4 (3.78) establece diferencias respecto al grupo 1 (3.20).

A continuación se presentan las interacciones de dos vías para las variables independientes sexo, grupo de edad y falta de control emocional (tabla 24), en la que encontramos para la interacción grupo de edad-sexo un valor de F significativo para el factor de *disposición conductual*, la prueba de Scheffè muestra que las mujeres de 15 (6.92) años marcan la diferencia respecto a las de 17 años (5.17).

Tabla 24. Medias de las interacciones para grupo de edad, sexo y grupo de falta de control emocional

FACTOR	GRUPO DE EDAD-SEXO				GRUPO DE FCE-SEXO				GRUPO EDAD-GRUPO FCE			
	15 años	16 años	17 años	18-19 años	1	2	3	4	15 años	16 años	17 años	18-19 años
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	H)5.91	6.06	6.58	6.11	H)5.88	6.10	5.74	7.82	1)5.68	6.03	6.24	7.49
	M)6.92	5.80	5.15	5.60	M)5.59	5.69	5.63	6.83	2)5.84	5.96	5.74	6.45
F _{si} (p)	3.491 3,370 (.016)				.655 3,370 (.580)				1.025 9,370 (.419)			
AFECTO ENOIOSO	H)6.15	6.12	5.95	6.34	H)5.68	6.26	6.04	7.04	1)6.05	6.11	6.10	7.91
	M)7.12	6.65	5.82	5.79	M)6.14	5.92	6.23	7.52	2)5.98	6.22	6.40	7.32
F _{si} (p)	1.300 3,371 (.274)				.565 3,371 (.638)				.475 9,371 (.891)			
TEMPERAMENTO ENOIOSO	H)9.83	9.71	10.95	11.23	H)9.29	10.10	10.43	13.64	1)8.77	9.48	10.15	13.79
	M)11.65	11.67	11.45	10.80	M)8.07	10.14	11.57	13.72	2)8.77	9.67	11.71	14.18
F _{si} (p)	2.669 3,365 (.047)				.421 3,365 (.738)				.817 9,365 (.601)			
REACCIÓN ENOIOSA	H)9.37	9.46	9.63	10.30	H)8.44	9.75	10.11	11.71	1)7.91	9.57	10.71	11.15
	M)10.42	9.73	9.65	10.93	M)8.57	9.18	10.33	11.19	2)8.53	9.41	9.94	11.55
F _{si} (p)	.270 3,369 (.847)				.705 3,369 (.550)				.531 3,369 (.852)			
CONTROL. DEL ENOIO	H)17.47	18.32	16.14	18.19	H)17.03	17.08	17.50	20.78	1)18.86	18.28	17.05	22.09
	M)20.85	19.76	19.79	18.67	M)18.34	19.62	18.98	22.03	2)17.98	18.40	19.20	21.82
F _{si} (p)	1.719 3,371 (.163)				.381 3,371 (.767)				.609 9,371 (.789)			
EXPRESIÓN DEL ENOIO	H)9.17	9.15	9.65	9.93	H)8.62	9.29	9.89	11.11	1)8.64	9.14	10.00	11.39
	M)10.50	9.24	9.73	9.47	M)7.76	9.36	9.30	11.43	2)7.88	9.14	9.42	11.50
F _{si} (p)	1.010 3,362 (.388)				.970 3,362 (.407)				.729 9,362 (.682)			
IDEACIÓN SUICIDA	H)9.52	9.28	9.80	10.24	H)8.93	9.39	9.69	12.04	1)9.41	8.36	10.80	12.40
	M)11.08	10.40	8.94	9.87	M)8.79	9.18	9.87	11.86	2)8.63	9.21	12.03	11.95
F _{si} (p)	.953 3,365 (.415)				.087 3,365 (.967)				.912 9,365 (.515)			
SOLEDAZ	H)11.79	12.57	11.95	12.40	H)11.25	12.16	13.15	13.36	1)10.91	11.68	13.67	14.66
	M)13.78	12.76	11.97	13.29	M)11.03	12.41	13.10	14.32	2)11.07	12.57	13.86	14.00
F _{si} (p)	1.070 3,367 (.362)				.166 3,367 (.919)				1.324 9,367 (.223)			

AUTOESTIMA	H)10.17	10.48	11.11	10.65	H)10.21	10.82	11.09	10.11	1)9.77	10.25	10.35	9.74
	M)9.86	10.95	10.48	10.57	M)10.83	9.92	10.57	10.53	2)9.95	10.56	11.29	11.45
									3)11.36	11.23	10.46	10.15
									4)11.23	10.00	11.09	10.57
F al (p)	.212 3,362 (.888)				2.404 3,362 (.067)				1.264 9,362 (.255)			
AFECTIVIDAD	H)8.13	8.09	8.67	8.10	H)8.25	8.40	8.31	7.61	1)8.27	7.86	8.30	7.91
	M)7.98	7.89	7.47	8.17	M)8.18	7.74	7.91	7.74	2)8.21	8.09	8.19	7.09
									3)8.23	8.93	7.88	7.57
									4)8.23	8.00	8.00	8.21
F al (p)	.717 3,362 (.542)				.302 3,362 (.824)				.414 9,362 (.928)			
INCAPACIDAD	H)8.16	8.39	8.67	8.23	H)8.00	8.56	8.71	8.31	1)7.90	7.58	8.55	8.79
	M)8.32	8.28	8.15	8.54	M)7.54	7.97	8.06	9.02	2)7.45	8.57	8.53	9.24
									3)8.43	8.62	8.23	8.73
									4)8.33	8.61	7.90	8.15
F al (p)	.227 3,358 (.877)				1.092 3,358 (.352)				.819 9,358 (.599)			
DESCUIDO DE LA SALUD	H)7.81	8.37	7.96	8.48	H)7.65	7.85	8.63	9.79	1)7.18	8.03	9.24	10.91
	M)10.00	9.00	9.31	9.46	M)7.55	8.37	9.26	11.24	2)7.75	8.19	8.17	10.64
									3)7.57	7.48	8.65	11.07
									4)8.00	8.26	8.30	10.29
F al (p)	1.559 3,370 (.199)				1.558 3,370 (.199)				.518 9,370 (.862)			
CONDUCTAS ADICTIVAS	H)3.69	3.77	4.77	4.09	H)3.52	3.94	4.22	5.54	1)3.05	3.59	3.48	4.20
	M)3.63	3.57	3.33	3.85	M)3.28	3.62	3.21	3.97	2)3.48	3.42	3.25	5.32
									3)3.91	4.27	4.46	4.27
									4)3.29	4.63	3.89	4.07
F al (p)	2.552 3,366 (.055)				3.704 3,366 (.012)				2.571 9,366 (.007)			
RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS	H)3.39	3.55	3.68	3.65	H)3.19	3.45	3.95	4.32	1)3.23	3.43	3.29	3.66
	M)3.47	3.35	3.21	3.08	M)3.23	3.33	3.21	3.52	2)3.24	3.36	3.56	4.00
									3)3.23	3.33	3.72	3.87
									4)3.00	3.63	3.89	3.64
F al (p)	1.197 3,372 (.311)				2.812 3,372 (.039)				.498 9,372 (.876)			

En la interacción de sexo-grupo de falta de control emocional, se observa que en el factor de *conductas adictivas* los hombres del grupo 4 marca la diferencia con respecto al resto de los grupos; y en las mujeres el grupo 4 (3.97) marca la diferencia con respecto al grupo 3 (3.21). En el factor de *respuestas emocionales adictivas* los hombres del grupo 4 (4.32) marca la diferencia con respecto a los grupos 1 (3.19) y 2 (3.45) y el grupo 3 (3.95) con respecto al 1 (3.19).

En cuanto a la interacción grupo de falta de control emocional-grupo de edad se observan diferencias significativas en el factor de *conductas adictivas* los adolescentes de 16 años del grupo 4 marcan la diferencia respecto al resto de los grupos, al igual que los adolescentes de 18 y 19 años del grupo 2 (4.63) respecto al grupo 1 (3.29).

Respecto a la interacción de tres vías para las variables independientes sexo, grupo de edad y falta de control emocional (tabla 25), el análisis arrojó un solo valor de F significativo para el factor *soledad*, la prueba Scheffé muestra que las mujeres de 15 años del grupo 4 (15.03) marcan la diferencia respecto al grupo 2 (11.25) y las mujeres de 16 años de los grupos 3 (14.00) y 4 (14.21) respecto al 1 (9.64).

Tabla 25. Medias de las interacciones para grupo de edad, sexo y grupo de falta de control emocional

FACTOR grupo FCE	GRUPO DE EDAD-SEXO-FCE				grupo FCE	GRUPO DE EDAD-SEXO-FCE			
	15 años	16 años	17 años	18-19 años		15 años	16 años	17 años	18-19 años
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL grupo FCE 1	H)5.64	5.87	5.91	6.08	grupo FCE 3	H)6.36	5.62	5.77	5.11
	M)5.75	5.79	5.00	5.00		M)6.10	5.81	5.08	5.00
grupo FCE 2	H)5.63	6.28	5.89	6.44	grupo FCE 4	H)6.50	6.63	10.75	6.83
	M)6.54	5.31	5.14	5.33		M)7.69	6.36	5.43	5.89
F gl (p)	1.546				9.370	(130)			
AFECTIVO ENOJOSO grupo FCE 1	H)6.07	5.67	5.38	5.69	grupo FCE 3	H)5.64	6.54	5.85	6.11
	M)6.00	6.64	5.33	5.00		M)6.60	6.32	5.92	5.50
grupo FCE 2	H)6.06	6.32	5.74	6.94	grupo FCE 4	H)7.50	6.25	8.00	6.50
	M)6.17	6.00	5.57	5.33		M)8.00	7.93	6.29	6.13
F gl (p)	.793				9.371	(623)			
TEMPERAMENTO ENOJOSO grupo FCE 1	H)8.14	8.90	10.31	10.00	grupo FCE 3	H)10.09	10.08	11.23	10.22
	M)9.88	8.50	9.33	6.00		M)10.22	12.71	11.25	7.50
grupo FCE 2	H)9.56	9.28	10.70	11.50	grupo FCE 4	H)14.00	13.88	12.38	14.67
	M)9.38	10.57	11.50	8.67		M)13.74	14.36	13.57	12.78
F gl (p)	.585				9.363	(809)			
REACCIÓN ENOJOSA grupo FCE 1	H)7.50	8.63	8.25	9.23	grupo FCE 3	H)10.55	9.62	9.69	10.89
	M)8.63	8.33	8.33	13.00		M)10.90	10.14	9.92	12.00
grupo FCE 2	H)9.80	9.70	9.80	9.73	grupo FCE 4	H)10.50	11.38	11.88	13.17
	M)9.31	8.81	10.33	8.33		M)11.29	11.64	9.71	11.33
F gl (p)	.615				9.369	(785)			
CONTROL DEL ENOJO grupo FCE 1	H)17.50	18.10	15.13	16.33	grupo FCE 3	H)16.90	18.00	16.54	18.89
	M)21.25	17.71	17.33	10.00		M)17.20	19.83	18.54	21.00
grupo FCE 2	H)17.31	17.82	15.25	17.60	grupo FCE 4	H)19.00	21.75	19.75	22.33
	M)19.46	19.63	20.14	19.00		M)22.62	21.86	23.86	19.00
F gl (p)	.548				9.371	(839)			
EXPRESIÓN DEL ENOJO grupo FCE 1	H)8.50	8.32	9.14	8.83	grupo FCE 3	H)9.82	9.83	10.31	9.44
	M)8.88	7.07	7.40	11.00		M)10.22	9.19	9.18	7.00
grupo FCE 2	H)9.00	9.12	8.80	10.56	grupo FCE 4	H)10.20	11.13	11.63	11.17
	M)9.31	9.19	9.86	9.33		M)11.61	11.71	12.14	9.89
F gl (p)	.441				9.362	(912)			
IDEACIÓN SUICIDA grupo FCE 1	H)8.79	8.80	9.00	9.33	grupo FCE 3	H)11.36	8.92	8.83	9.89
	M)10.50	8.23	7.83	8.00		M)10.30	10.71	8.62	7.00
grupo FCE 2	H)8.00	9.13	9.85	10.73	grupo FCE 4	H)11.67	12.25	12.63	11.33
	M)8.77	9.38	9.14	10.00		M)12.55	11.79	10.50	10.67
F gl (p)	.521				9.365	(859)			
SOLEDAZ grupo FCE 1	H)10.00	11.73	10.60	12.33	grupo FCE 3	H)13.18	13.62	13.08	12.56
	M)12.50	9.64	10.50	22.00		M)14.20	14.00	10.62	13.50
grupo FCE 2	H)12.00	12.66	11.63	11.94	grupo FCE 4	H)12.83	13.63	13.38	13.50
	M)11.25	12.40	14.86	11.33		M)15.03	14.21	13.00	12.88
F gl (p)	2.594				9.367	(607)			
AUTOESTIMA grupo FCE 1	H)9.86	9.55	11.31	10.83	grupo FCE 3	H)10.27	12.15	10.67	11.11
	M)9.63	10.86	11.50	16.00		M)10.44	10.76	10.25	11.00
grupo FCE 2	H)11.00	10.61	11.79	9.94	grupo FCE 4	H)8.50	10.75	9.57	11.50
	M)9.25	10.47	9.71	10.33		M)10.00	11.86	10.83	9.88
F gl (p)	1.209				9.362	(288)			

AFECTIVIDAD grupo FCE 1	H)8.29	7.93	8.69	8.42	grupo FCE 3	H)7.73	9.15	8.23	7.88
	M)8.25	8.85	7.00	6.00		M)9.00	7.65	7.54	8.50
grupo FCE 2	H)8.50	8.09	9.25	7.88	grupo FCE 4	H)7.50	6.88	7.88	8.33
	M)7.00	8.07	8.00	10.00		M)8.00	7.21	7.17	8.13
F gl (p)	1.010				9.362	(431)			
INCAPACIDAD grupo FCE 1	H)8.21	7.73	8.40	7.91	grupo FCE 3	H)9.09	8.46	9.08	8.00
	M)7.29	6.75	8.50	13.00		M)7.89	8.57	7.38	7.50
grupo FCE 2	H)7.62	8.85	8.63	8.63	grupo FCE 4	H)7.50	8.86	8.63	8.00
	M)7.54	8.00	8.57	8.50		M)9.07	9.43	8.86	8.25
F gl (p)	.947				9.358	(485)			
DESCUIDO DE LA SALUD grupo FCE 1	H)6.93	7.76	7.81	8.00	grupo FCE 3	H)9.36	8.85	8.00	8.33
	M)7.63	7.73	6.80	8.00		M)9.10	9.36	9.31	8.00
grupo FCE 2	H)7.31	8.33	7.00	8.44	grupo FCE 4	H)8.33	10.00	10.63	9.83
	M)8.92	7.87	8.86	7.33		M)11.45	11.00	11.57	10.63
F gl (p)	.880				9.370	(543)			
CONDUCTAS ADICTIVAS grupo FCE 1	H)3.07	3.54	4.06	3.31	grupo FCE 3	H)3.82	3.31	5.62	4.00
	M)3.00	3.36	3.50	3.00		M)3.10	3.22	3.31	3.00
grupo FCE 2	H)3.57	3.38	4.63	4.56	grupo FCE 4	H)5.17	6.88	5.13	4.67
	M)3.62	3.50	3.29	5.00		M)4.00	4.43	3.29	3.63
F gl (p)	.649				9.366	(755)			
RES. EMOCIONALES ADICTIVAS grupo FCE 1	H)3.36	3.20	3.19	3.00	grupo FCE 3	H)3.45	3.92	4.42	4.00
	M)3.00	3.33	3.33	3.00		M)3.10	3.35	3.08	3.00
grupo FCE 2	H)3.20	3.53	3.30	3.69	grupo FCE 4	H)3.83	4.38	4.50	4.50
	M)3.69	3.00	3.43	3.33		M)3.62	3.79	3.14	3.00
F gl (p)	.813				9.372	(604)			

Después de hacer una revisión bibliográfica de los temas abordados en la presente investigación se pensó en la necesidad de contar con una serie de variables psicológicas que pudieran contribuir a explicar un poco más el fenómeno del suicidio, a lo largo de muchos años de investigación se ha observado que factores tales como el sexo o la edad son especialmente significativos, sin embargo, en esta investigación aparte de estudiar dichos factores se pudieron obtener variables psicológicas (expresión del enojo, ideación suicida y falta de control emocional) a partir de las propias escalas utilizadas. Se pudo observar con anterioridad que estos factores encontrados marcan diferencias estadísticamente significativas, es por ello que se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando el método por pasos (stepwise) como una forma de encontrar áreas que puedan predecir aquellas conductas relacionadas con el suicidio y que permitan una intervención a nivel preventivo.

Regresión lineal múltiple			
APECTO ENOJOSO	B	BETA	
GRUPO EE	.499489	.157422	
GRUPO FCE	.277971	.149628	
GRUPO IS	.245818	.143249	R ² .09969
TEMPERAMENTO ENOJOSO	B	BETA	
GRUPO EE	1.044812	.298746	
GRUPO FCE	.957975	.283288	
GRUPO IS	.440548	.140285	R ² .28300
REACCIÓN ENOJOSA	B	BETA	
GRUPO EE	.658598	.224869	
GRUPO FCE	.546279	.192648	
GRUPO IS	.461051	.176155	R ² .18105
IDEACIÓN SUICIDA	B	BETA	
GRUPO EE	1.167713	.338004	
GRUPO FCE	1.034068	.306398	R ² .26926
FALTA DE CONTROL EMOCIONAL	B	BETA	
GRUPO EE	1.196996	.282006	
SEXO	2.287500	.253971	
GRUPO IS	.758784	.199568	R ² .22239
DISPOSICIÓN CONDUCTUAL	B	BETA	
GRUPO IS	.559076	.280881	
GRUPO EE	.427037	.192813	R ² .14390
SOLEDAZ	B	BETA	
GRUPO IS	1.112384	.375754	
GRUPO FCE	.626201	.195217	R ² .21415
AUTOESTIMA	B	BETA	
GRUPO IS	-.370233	-.161126	R ² .02333
AFECTIVIDAD	B	BETA	
GRUPO IS	-.509248	-.240001	R ² .05505
INCAPACIDAD	B	BETA	
GRUPO IS	.552223	.268936	
GRUPO EE	.312552	.135277	R ² .10767
CONTROL DEL ENOJO	B	BETA	
GRUPO FCE	.761778	.146049	
GRUPO IS	.874389	.182164	
SEXO	1.659304	.145850	R ² .09701
EXPRESIÓN DEL ENOJO	B	BETA	
GRUPO FCE	.729046	.269026	
GRUPO IS	.641080	.256780	R ² .18878
DESCUIDO DE LA SALUD	B	BETA	
GRUPO FCE	.759672	.318837	
GRUPO IS	.308413	.140418	
GRUPO EE	.359446	.146415	
SEXO	.679572	.130379	R ² .24304

CONDUCTAS ADICTIVAS		B	BETA
GRUPO FCE		.344617	.214164
SEXO		-.754246	-.214255
GRUPO IS		.214493	.144349
			R ² .09103
RESP. EMOCIONALES ADICTIVAS		B	BETA
GRUPO FCE		.216239	.203240
SEXO		-.434334	-.186621
GRUPO EE		.119256	.108366
			R ² .07100

En el análisis de los resultados se observó que la predicción de los factores de *autoestima* y *afectividad* es nula pues en ambos casos la variable predictor (ideación suicida) explica solo el 2.3% de la varianza total. Por su parte las variables independientes: falta de control, sexo y expresión emocional explican solo un 7.1% de la varianza del factor de *respuestas emocionales adictivas*. Las variables falta de control emocional, ideación suicida y sexo presentan valores bajos de R² para los factores de *control del enojo* (9.7%) y *conductas adictivas* (9.1); lo mismo se observa para las variables de expresión del enojo, falta de control emocional e ideación suicida que explican en un 9.9% al factor de *afecto enojoso*. Por su parte las variables ideación suicida y expresión del enojo presentan un valor de R² bajo para el factor *incapacidad* (10.7%).

El factor de *disposición conductual* es predicho aceptablemente por las variables ideación suicida y expresión, explicando el 14.3% de la varianza. Las variables de falta de control emocional e ideación suicida explican un 16.8% de la varianza del factor *expresión del enojo*, lo cual puede considerarse aceptable, al igual que el porcentaje que explican las variables expresión del enojo, falta de control emocional e ideación suicida respecto al factor de *reacción enojosa* (18.1%).

Finalmente se encuentran aquellos valores de R² considerados altos en relación a los resultados globales obtenidos en este análisis. Tenemos en primer lugar a las variables ideación suicida y falta de control emocional explicando el 21.4% de la varianza en el factor de *soledad*. En cuanto al factor de *falta de control emocional*, las variables expresión del enojo, sexo e ideación suicida explican el 22.2% de la varianza; en tanto que en el factor de *descuido de la salud*, las variables falta de control emocional, ideación suicida, expresión del enojo y sexo explican el 24.3% de la varianza. Con relación al factor de *ideación suicida*, las variables expresión del enojo y falta de control emocional explican el 26.9%. Finalmente, en el factor de *temperamento enojoso*, las variables expresión del enojo, falta de control emocional e ideación suicida están explicando el 28.3% de la varianza total.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se pudo probar la hipótesis de trabajo, encontrando que si existe una relación entre el enojo, las conductas autodestructivas y el riesgo suicida en adolescentes de ambos sexos, así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la manifestación de cada variable respecto al grupo de hombre y mujeres.

Para lograrlo se realizó una revisión de diversos conceptos: enojo, conductas autodestructivas, suicidio, riesgo suicida y adolescencia entre otros; con lo que fue posible apreciar la relación que guarda cada uno de ellos con la salud mental de los individuos. Además, fue necesaria la construcción una escala que evaluara las conductas autodestructivas. La inquietud por elaborar esta escala surgió del interés por conocer cuáles son los comportamientos cotidianos en los adolescentes que muchas veces los lleva a arriesgar su salud e incluso su vida, principalmente, desde la perspectiva de la teoría de la personalidad tipo T (Farley, 1985).

Al principio de la investigación se contaba con dos variables atributivas (sexo y edad), se consideró necesario encontrar de entre los factores obtenidos en cada escala aquellos que se relacionaran más con el resto y que pudieran ser considerados como variables independientes, esto permite disminuir el número de variables que pueden ser manejadas en investigaciones posteriores, es así, como se obtuvieron los factores: *control del enojo, ideación suicida y falta de control emocional*.

Es importante mencionar que estos factores se relacionan con aspectos importantes de la salud física y mental de los individuos. Cabe recordar que el enojo es considerado como uno de los estados emocionales que contribuyen de manera significativa a la patogénesis de enfermedades como la hipertensión, las enfermedades coronarias y el cáncer; en el área de la salud mental a cuadros psiquiátricos como el trastorno por somatización, el trastorno explosivo intermitente, y en los trastornos pasivo-agresivo y antisocial de la personalidad (Jiménez, 1994).

Por otra parte, la ideación suicida que está referida al hecho de tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte se relaciona con el intento suicida (Medina-Mora y cols., 1994); y la falta de control emocional a una carencia de control ante determinadas situaciones que llevan al individuo a estados emocionales (enojo, tristeza, nerviosismo) que pueden llegar a lastimarlo. Cabe mencionar que en algunos casos, estados tales como la melancolía aguda llevan al suicidio (García, 1978).

En los resultados obtenidos se pudo observar que el género es un aspecto fundamental para identificar diferencias entre los adolescentes hombres y las adolescentes mujeres, se aprecia una tendencia clara, a diferencia de la variable edad cuya tendencia no está definida. Es importante señalar que las mujeres obtuvieron medias significativamente más altas en los factores *de temperamento enojoso, control del enojo, soledad, falta de control emocional, descuido de la salud*. Como podrá observarse los cuatro primeros factores se encuentran referidos principalmente a emociones y el *de descuido de la salud* a hábitos alimenticios relacionados con estados emocionales, recordemos que los desórdenes alimenticios (bulimia y anorexia) son más comunes en las mujeres, además de ser consideradas conductas autodestructivas o microsuidios, y en los resultados obtenidos resulta significativa la relación que guarda con el factor de *ideación suicida*. Aunque la anorexia y la bulimia se han diagnosticado como desórdenes alimenticios, hoy en día la mayoría de los autores consideran que forman parte del conjunto de enfermedades psicósomáticas (Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin y Green, 1983).

Al respecto González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996) mencionan que los trastornos afectivos, de la conducta o de la personalidad son un buen indicador del riesgo de conducta suicida, en tanto que los adolescentes con problemas en la conducta alimenticia son un grupo de riesgo debido a los componentes autodestructivos de ésta. Edwin y Andersen (1988) reportan que en la anorexia las causas más frecuentes de muerte son la inanición, la falta de balance electrolítico resultado de la deshidratación y el suicidio. Los pacientes anoréxicos han sido descritos como extremadamente obsesivos y perfeccionistas, rígidos, tímidos y dudosos de sí mismos, tienen conductas impulsivas, que incluyen el uso de alcohol y drogas, robos, intentos de suicidio y automutilación; de igual forma, existe una fuerte relación entre la anorexia nervosa y los desórdenes afectivos, la anorexia está ligada a síntomas depresivos y de ansiedad, los cuales a su vez se ha visto que correlacionan positivamente con los intentos de suicidio (Biederman, Habelow, Rivinus, Harmatz y Wise, 1986).

Por su parte, Kandel, Raveis y Davies (1991) encontraron una estrecha relación entre la ideación suicida y la depresión, el uso de drogas, la delincuencia y los desórdenes alimenticios. De acuerdo con Filstead, Parrella y Ebbitt (1987) los estados emocionales negativos son el principal factor de riesgo en las mujeres, mientras que en los hombres lo son el abuso de sustancias, tabaco y alcohol.

Respecto a los hombres los resultados obtenidos en esta investigación muestran que obtuvieron valores más altos en aquellos factores referentes a *conductas adictivas* y *respuestas emocionales adictivas*, también se observa una relación significativa de éstos con respecto a la ideación suicida.

Es importante señalar que la OMS clasifica la farmacodependencia y el alcoholismo bajo el rubro de suicidio lento. En las toxicomanías es posible inscribir el suicidio, a título de chantaje en busca de drogas, en estados depresivos secundarios, en la embriaguez debida al alcohol, en el delirium tremens y en las depresiones reaccionales asociadas al alcoholismo (Braconnier y Olievenstein, 1973 en Moron, 1987).

Brambila (1977) encontró que en una muestra de 100 casos de suicidios consumados en Guadalajara el 28.31% había alcohol; mientras que en un estudio de Terroba, Heman, Sallijeral y Martínez (1986) acerca de intentos de suicidio el 90% presentó ansiedad intensa, 60.49% síntomas de depresión y el 20.98% depresión intensa. En cuanto a la relación entre ingestión de alcohol y suicidio, estos autores encontraron que en una muestra de 80 sujetos, el 55% había ingerido bebidas alcohólicas.

Gutiérrez, Mercado y Luna (1990) realizaron un estudio con personas del Distrito Federal que presentaron intentos, ideas y deseos suicidas encontrando que el 45% tenía trastornos afectivos, en otro estudio similar Narváez, Rosovsky y López (1991), el 40% de los sujetos reportó haber consumido bebidas alcohólicas 6 horas antes de intentar suicidarse. Por su parte, Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1994) en un estudio sobre la relación suicida y abuso de sustancias, encontraron que el 47% de los sujetos presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida un año antes, los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas y la ideación suicida fue ligeramente mayor en las mujeres. También se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas, los que tenían pensamientos suicidas consumieron más drogas que aquellos que no los tenían. García y Morán (1974), encontraron en su estudio sobre suicidios consumados que en el 28.31% de las víctimas había alcohol en la sangre.

De acuerdo con Bergeret (1981) es difícil separar una investigación sobre toxicomanías de una investigación sobre suicidio, ya que en la mayoría de los casos los decesos llamados "sobredosis", no constituyen más que una clara conducta suicida, puesto que todo abuso de drogas constituye un juego inevitable con la vida y la muerte, ya no se trata sólo de un simple error de dosis, aunque el entorno del sujeto prefiere que la causa de la muerte sea atribuida al producto y no al individuo, resulta paradójico que algunos clínicos

que se ocupan de toxicómanos señalen que muchos jóvenes se dirigen a la droga con la necesidad de luchar contra un estado depresivo grave que podría arrastrarlos de manera directa y rápida al suicidio.

Díaz del Guante y Molina (1994) opinan que las personas con tendencias suicidas son diferentes en cuanto que experimentan intensamente soledad, explican que el suicidio se relaciona con el valor de pertenencia, especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. Para ellos el suicidio cohesivo, es aquel en el que alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad.

Las conductas adictivas se encuentran también muy relacionadas con la ocurrencia de accidentes, en especial automovilísticos, y por lo tanto, de un gran número de muertes entre los jóvenes, al respecto, Farley (1985) menciona que la mayor parte de la muerte de adolescentes se debe a su propia conducta de tomar riesgos y entre las edades de 15 a 25 años la principal causa de mortandad es por accidentes automovilísticos, aunado a esto aproximadamente el 50% de dichas muertes se relacionan con el consumo de alcohol.

En este estudio los reactivos correspondientes a las áreas de conductas adictivas y respuestas emocionales adictivas obtuvieron medias moderadas (entre 2.436 y 2.775) respecto a la peligrosidad de las conductas, es decir, son consideradas como algo peligrosas; sin embargo, marcan la diferencia con respecto al grupo de las mujeres en lo que respecta a frecuencia, esto podría significar que el hecho de considerar que cierta conducta puede ser peligrosa no implica que los adolescentes la eviten.

Estos resultados son congruentes con lo reportado por Belsasso (1971), quien realizó un estudio con 200 sujetos, encontrando más conducta suicida en las mujeres, en tanto que el 70% presentaba problemas de tipo afectivo, 61.5% ingestión de fármacos y 54% depresión. Por su parte, Gómez y Borges (1996) mencionan que entre las motivaciones principales para intentar suicidarse se encuentran los disgustos familiares, las enfermedades incurables, los problemas afectivos, la enajenación mental y la intoxicación por alcohol.

En esta investigación los tres factores psicológicos encontrados se relacionaron de forma significativa con el resto de las áreas, lo que demuestra una estrecha interrelación entre los aspectos emocionales, conductuales y de pensamiento en el fenómeno del suicidio. Tomando en consideración que el malestar psicológico se refiere al estado mental de los individuos, e incluye síntomas tales como la depresión, la ansiedad, los pensamientos extravagantes y la falta de autoestima, Medina-Mora y cols. (1994) encontraron que la ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno que se asocia con la desesperanza, la falta de autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, esto corrobora lo encontrado en esta investigación, en donde se observa una relación entre la autoestima, afectividad e incapacidad con la ideación suicida, siendo aquellos grupos que obtienen un mayor puntaje en la escala quienes marcan las diferencias.

La ideación suicida se relacionó con la disposición conductual hacia el enojo, con el afecto enojoso, temperamento enojoso, reacción enojosa, control del enojo, expresión del enojo, soledad, autoestima, afectividad, incapacidad, falta de control emocional, descuido de la salud, conductas adictivas y respuestas emocionales adictivas. Al respecto Gilling (1982) menciona el hecho de que en las mujeres un mayor número de suicidios ocurre dentro del período premenstrual, con un máximo el primer día de la menstruación, el cambio hormonal sufrido por la mujer durante este período se ha asociado con estados emocionales de depresión, irritación, etc. Por su parte, la melancolía en todas sus formas es el estado en el que se elabora mejor la idea de la muerte y en la ansiedad se le encuentra en todo su apogeo, mientras que en los estados depresivos el deseo suicida puede permanecer en el dominio de la obsesión (Gilling, 1982).

Heman (1986) al intentar determinar algunas características demográficas y clínicas de una población con comportamiento suicida, encontró ansiedad y depresión como rasgo distintivo entre los sujetos. González y Andrade (1994) hicieron un estudio en adolescentes del Distrito Federal, en los resultados encontraron que los jóvenes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres, mientras que las adolescentes con pensamientos suicidas tendían a sentirse en desventaja con sus amigas (autoestima baja) y a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún tipo de problema.

Por otra parte, se encontró que el factor de expresión del enojo se relacionó significativamente con las áreas de disposición conductual hacia el enojo, afecto enojoso, temperamento enojoso, reacción enojosa, control del enojo, ideación suicida, soledad, autoestima, afectividad, incapacidad, falta de control emocional, descuido de la salud, conductas adictivas y respuestas emocionales adictivas. Al respecto, Fenichel y De Gamma (1965, en García, 1978) encontraron que todo suicidio participa de mecanismos que encontramos en la agresión, recordemos que el estado emocional es un factor importante en la disposición hacia el suicidio, y por lo tanto, sería una forma de manifestar un estado particular, como lo es el enojo, la depresión, la baja autoestima, etc.

Freud (1981) en "Duelo y Melancolía" sostiene que el peligro de que ocurra el suicidio es más intenso en la melancolía que en cualquier otro desorden psíquico. Sin embargo, existen autores que suponen que no necesariamente esto es verdad, y se basan en el hecho de que muchas personas que se suicidan no muestran melancolía o depresión durante toda su vida, así como que tampoco todo paciente melancólico o depresivo se suicida. El estudio del suicidio y del intento de suicidio se halla incluido en el de la depresión, no así el del enojo, es en esta investigación que se encontró una relación significativa entre la ideación suicida y el enojo.

Respecto a la relación encontrada entre conductas adictivas, repuestas emocionales adictivas y expresión del enojo, Bergeret (1981) menciona que los comportamientos toxicománacos aparecen como uno de los posibles resultados de un defecto de integración de la violencia, la agresividad puede volverse contra los otros, en el caso de la delincuencia; pero puede volverse en contra de uno mismo y la toxicomanía constituye una de las formas un ejemplo de ese hecho, puesto que toda toxicomanía toma de entrada un aspecto suicida. Por otra parte, se puede apreciar una clara relación de este fenómeno con las llamadas conductas autodestructivas.

En cuanto al factor edad, se ha visto que en los Estados Unidos, el suicidio entre las personas jóvenes (15 a 24 años) ha tenido un incremento de más del cien por ciento entre 1950 y 1980, de 1960 a 1988, la tasa de suicidio se incremento de 5.2 a 13.2 para el grupo de 15 a 24 años (González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996). Mientras tanto, en México, a partir de mediados de la década de los setenta, se observan suicidios en el grupo de edad de 0 a 14 años, la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.38; entre 1970 y 1990 se registra un aumento del 90%, para el grupo de 15 a 24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1990 (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Al respecto de la edad en la presente investigación se encontró una diferencia significativa en el factor de falta de control emocional respecto al grupo, siendo el grupo de 15 años el que marcó la diferencia respecto al de 16 años, y en el factor de conductas adictivas fueron los hombres de 17 años quienes marcaron la diferencia respecto a los hombres de 15. Al parecer son los jóvenes de 15 años quienes tienen menos control sobre sus emociones, lo cual los lleva a reaccionar con enojo, tristeza o nerviosismo ante determinadas situaciones, pero son los de 17 años quienes recurren a las conductas adictivas para controlar sus emociones.

Como se mencionó anteriormente se encontró una relación entre la ideación suicida y el descuido de la salud, se recordará que este factor además de hacer referencia a los hábitos alimenticios incluye un reactivo referente a intento de suicidio previos. De acuerdo con los datos reportados en algunas investigaciones el intento previo es el mejor predictor del suicidio, más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado en varias ocasiones (entre 10 y 40% lo logran) (González-Forteza y cols., 1996). Estos autores mencionan la siguiente secuencia en la conducta suicida: 1) ideación suicida, 2) amenazas suicidas, 3) intentos suicidas y 4) suicidio consumado. Se puede mencionar que, las conductas autodestructivas consideradas en esta investigación, pueden ser consideradas dentro de las amenazas y los intentos suicidas; sin embargo, se pueden observar diferencias entre quienes intentan un suicidio y quienes lo consuman.

En cuanto al factor de *falta de control emocional* se encontraron diferencias significativas con respecto al resto de las áreas. Al parecer, la ideación y riesgo suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento y rigidez cognoscitiva vive situaciones que le producen depresión, desesperanza y conductas suicidas. Garland y Zigler (1993) mencionan que algunos factores de riesgo de la conducta suicida aparte de un desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, son los trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo, problemas laborales y las fases de la luna. Otros investigadores a través de la autopsia psicológica, han identificado, intentos suicidas anteriores, conducta antisocial o agresiva, antecedentes familiares de suicidio y disponibilidad de un arma de fuego (González-Forteza y cols., 1996).

Otros factores relacionados con la ideación suicida, la expresión del enojo y la falta de control emocional lo son la autoestima, la afectividad y la incapacidad. En relación a esto, cabe señalar que algunos investigadores reportan que uno de los elementos asociados con la conducta suicida es la desesperanza (aunque no siempre es un predictor significativo del intento suicida), se han encontrado otros factores como la creencia en la autosuficiencia, habilidades de enfrentamiento, etc. que influyen en la relación entre desesperanza y suicidio (González-Forteza y cols., 1996).

Es importante señalar que para poder pasar de la mera descripción de un fenómeno a la evaluación y aplicación de una serie de conocimientos, es necesario contar con una serie de estudios que provean de los elementos necesarios para diseñar, implementar y evaluar programas preventivos que incidan en la conducta destructiva y suicida de los jóvenes. Es así que, se observa una estrecha relación entre las variables de ideación suicida y falta de control emocional respecto al factor de soledad. Ya se ha señalado que las personas con tendencias suicidas son diferentes en cuanto que experimentan intensamente soledad, y el suicidio se relaciona con el valor de pertenencia, especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera.

Por otra parte, la variable atributiva sexo, la de expresión del enojo, y la de ideación suicida se relacionan significativamente con la falta de control emocional. La falta de control emocional, ideación suicida, expresión del enojo y la variable atributiva sexo se relacionan con el descuido de la salud, al respecto se recordará que los desórdenes alimenticios se encuentran estrechamente ligados con los trastornos afectivos y afectan principalmente a las mujeres y que el riesgo suicida es mayor en aquellas personas que presentan una incapacidad para enfrentarse con los estresores cotidianos de la vida.

Como ya se mencionó la ideación suicida refleja un nivel de conflicto interno frecuentemente asociado con la desesperanza y depresión (Levy y Deykin, 1989), sin embargo, a pesar de que el estudio de la depresión ha estado estrechamente ligado al estudio de la ideación suicida, en esta investigación se pudo encontrar una visión diferente al constatar que el enojo es un estado emocional que también puede explicar el fenómeno, de tal forma se tiene que la expresión del enojo y falta de control emocional se relacionan con la ideación suicida, lo cual se corrobora a partir de la relación encontrada entre la expresión del enojo, la falta de control emocional e ideación suicida y el temperamento enojoso.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue observar la posible relación entre el enojo, las conductas autodestructivas y el riesgo suicida en los adolescentes. Para lograr esto se decidió buscar aquellos instrumentos que lograrán evaluar cada uno de estos elementos, después de hacer una búsqueda se decidió utilizar el Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo (I.E.R.E.E.M.) elaborado por Spielberg, y validado en México por Vázquez-Casals, la escala de riesgo suicida de Lazard y respecto a la escala de conductas autodestructivas debido a la carencia de un instrumento referente al tema, su construcción fue parte de esta investigación.

Una vez realizada la revisión bibliográfica acerca del tema de conductas autodestructivas, se creó una lista de conductas que se pilotearon con un grupo 100 estudiantes, con los resultados de está aplicación se logro depurar el instrumento, quedando una escala con 36 reactivos, con dos opciones de respuestas, la primera de ellas referente a la frecuencia con que se realiza cada actividad y, la segunda a la peligrosidad de cada conducta. Posteriormente para probar las características psicométricas del instrumento, se aplicó a un grupo de 200 estudiantes de edades entre 15 a 19 años, de igual forma se decidió pilotear la escala de riesgo, puesto que no se contaban con datos más recientes acerca de su uso.

De esta forma se tuvieron tres instrumentos que permitieran evaluar el enojo, riesgo suicida y conductas autodestructivas; con los cuales se llevó a cabo una aplicación final a 432 estudiantes de un Colegio de Bachilleres de 15 a 19 años de edad. A partir de esta aplicación se hicieron los análisis necesarios para obtener la validez de constructo y la consistencia interna de los instrumentos, por medio del análisis factorial y el alpha de Cronbach; de esta forma se obtuvieron los siguientes factores para la escala de enojo: disposición conductual, afecto enojoso, temperamento enojoso, reacción enojosa, control del enojo y expresión del enojo. La escala de riesgo suicida quedó conformada por los factores de: ideación suicida, soledad, autoestima, afectividad e incapacidad. Por último la escala de conductas autodestructivas consta de los siguientes factores: falta de control emocional, descuido de la salud, conductas adictivas y respuestas emocionales adictivas, por lo tanto, se obtuvo un total de 15 factores.

Una vez terminados los análisis psicométricos, se realizaron los análisis de varianza y regresión para probar las hipótesis establecidas; primero se trabajó con respecto al sexo y la edad, para ello se formaron 4 grupos de edad. En los resultados se pudo observar que el sexo marcó una clara tendencia en todos los factores, siendo las mujeres quienes obtuvieron medias más altas en aquellos aspectos referentes a emociones y descuido de la salud, por su parte, los hombres obtuvieron medias más altas en los factores referentes a adicciones. Respecto a la edad sólo se encontraron diferencias en el factor de falta de control emocional.

A partir de los instrumentos empleados se decidió obtener algunas variables psicológicas que pudieran resultar significativas al estudio, se buscaron aquellos factores que correlacionaran en promedio arriba de .35 con el resto, de esta forma se obtuvieron tres factores: expresión del enojo, ideación suicida y falta de control emocional, cada uno de ellos correspondiente a cada escala.

Con estas nuevas variables psicológicas y las variables atributivas de sexo y grupo de edad se realizaron análisis de varianza con respecto a cada uno de los factores. Se pudo observar que se obtuvieron diferencias respecto al sexo, con el mismo patrón mencionado anteriormente, de igual forma se encontraron diferencias respecto a los grupos creados a partir de las nuevas variables.

Es importante mencionar que los resultados señalan una tendencia por parte del grupo de mujeres a mostrar conductas autodestructivas referentes a hábitos alimenticios y los hombres conductas relacionadas con adicciones; cabe señalar que en los últimos años se ha registrado un incremento considerable de casos de desórdenes alimenticios.

El intento suicida es un fenómeno a partir de cuyo estudio se ha observado que está estrechamente ligado con el uso de drogas o alcohol, los desórdenes alimenticios, afectivos, problemas emocionales, desesperanza, soledad y depresión, sin embargo, en esta investigación se aprecia una clara relación con el enojo. Esto nos lleva a considerar que el estudio del fenómeno llamado suicidio debe abarcar no sólo aquellos aspectos relacionados con la depresión, sino los que se refieren al enojo y conductas autodestructivas.

Al respecto se puede mencionar que en el análisis de regresión las variables psicológicas de expresión del enojo (escala de enojo) y falta de control emocional (escala de conductas autodestructivas) se relacionaron significativamente con la variable de ideación suicida, explicando más de una cuarta parte de la varianza total.

En conclusión, cabe señalar que en esta investigación se logró la construcción de una escala de conductas autodestructivas, que además de indagar frecuencia, evalúa si existe o no percepción de riesgo de cada conducta, así como la obtención de nuevas variables psicológicas que pueden ayudar a disminuir el número de variables a trabajar en investigaciones posteriores, en las cuales no se cuente con los medios económicos y de tiempo necesarios para aplicar las escalas en su totalidad. De igual forma se validaron y confiabilizaron los instrumentos de enojo y riesgo suicida, esta última escala carecía de datos de validez.

Es importante mencionar la importancia que esta investigación reviste, ya que a partir de los resultados aquí expuestos y en conjunción con los encontrados por otros investigadores se está contribuyendo a la posibilidad de crear programas a nivel preventivo para este tipo de conductas, que finalmente pueden desembocar en un suicidio, que como se recordará es un fenómeno que a pesar de no ser una de las principales causas de defunciones en el país, es un problema que en las últimas décadas ha tomado mayores proporciones, involucrando cada vez más a la población de jóvenes.

Entre las limitaciones de la presente investigación se encuentra el de la generalización de los resultados obtenidos, limitación que representa un reto para los estudiosos de la conducta, por lo que se proponen estudios similares en muestras más grandes para de esta forma corroborar lo encontrado o refutarlo. La muestra utilizada concentra a adolescentes de la clase media baja, por lo que una propuesta es extender el estudio a poblaciones de estratos socioeconómicos diversos, para de esta forma observar si su comportamiento es similar o completamente diferente. Se plantea llevar a cabo estudios más detallados sobre cada una de las pruebas, y específicamente en la escala de conductas autodestructivas respecto a las opciones de percepción de riesgo, punto que no fue tan ampliamente abordado como se hubiera deseado. Finalmente, el estudio podría extenderse a sujetos de otras edades, para lo cual se tendrían que rediseñar los instrumentos aquí utilizados.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1978). **La Adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico**. México: Paidós.
- Anderson, D.R. (1981). Diagnosis and prediction of suicidal risk among adolescents. En C.F. Well and I.R. Stuart (Eds.) **Self destructive behavior in children and adolescents**. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Antony, M.; Johnson, W.; Carr-Nangle, R. y Abel, J. (1994). Psychopathology correlates binge eating and binge eating disorder. **Comprehensive Psychiatry**. 38(5): 386-392.
- Baer, P.E.; Berg Garnezy, L.; McLaughlin, R.J.; Pokorny, A.D. y Wernick, M.J. (1987). Stress, coping, family conflict and adolescent alcohol use. **Journal of Behavioral Medicine**. 10(5): 449-466.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1974). **Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad**. Madrid: Alianza Universal.
- Belsasso, G. (1971). La conducta suicida en pacientes del Instituto Nacional de Neurología. **Anales Instituto Nacional de Neurología**.
- Bergeret, J. (1981). Los jóvenes, la droga... y los otros. **Revista de Estudios Sobre la Juventud in Tepochtli, in Ichpuchtli**. 2:58-70. México: CREA.
- Biederman, J.; Habelow, W.; Rivinus, T.; Harmatz, J. y Wise, J. (1986). MMPI profiles in Anorexia Nervosa patients with y without major depression. **Psychiatry Research**. 19: 147-154.
- Biener, L. y Heaton, A. (1995). Women dieters of normal weight: their motives, goals, and risks. **American Journal of Public Health**. 85(5): 714-717.
- Blos, P. (1971). **Psicoanálisis de la adolescencia**. México: Editorial Trillas.
- Borges, G.; Rosovsky, H.; Gil, A.; Pelcasre, B.; López, J.L. (1993). Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia. **Anales Instituto mexicano de Psiquiatría**. 198-203.
- Borges, G.; Rosovsky, H.; Caballero, M.A. y Gómez C., C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. **Anales Instituto mexicano de Psiquiatría**. 15-21.

- Borges, G.; Rosovsky, H.; Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996, en prensa). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1992.
- Brambila, C. (1977). La prevalencia de los gestos suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975. *Salud Pública de México*. 19: 851-866.
- Brewerton, T.; Lydiard, B.; Herzog, D.; Brotman, A.; O'Neil, P. y Ballenger, J. (1995). Comorbidity of axis psychiatric disorders in Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*. 56(2): 77-80.
- Cabildo, A.H. y Elorriaga, M.H. (1966). El suicidio como problema de Salud Mental. *Salud Pública de México*. 8:441-451.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la Investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Catell, R.B. (1972). Anxiety and motivation: theory and crucial experiments. En C.D. Spielberg (comp.), *Anxiety and behavior*, (pp. 23-62). New York: Academic Press.
- Cantwell, D.; Sturzenberger, S.; Burroughs, J.; Salkin, B. y Green, J. (1977). Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 34: 1087-1093.
- Coleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Díaz del Guante M.A. y Molina, H. (1994). Neurobiología del suicidio: *Psicología y Salud* Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. 4: 81-98.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: descubrimiento de la etnopsicología*. México: Editorial Trillas.
- Durkheim, E. (1977). *El Suicidio*. México: UNAM.
- Eagles, J.; Phil, M.; Johnston, M.; Hunter, D.; Lobban, M. y Millar, H. (1995). Increasing incidence of Anorexia Nervosa in the female population of Northeast Scotland. *American Journal Psychiatry*. 152(9): 1226-1271.
- Ebbit, J.; Filstead, W. y Parrella, D. (1987). High-risk situations for engaging in substance abuse and binge-eating behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*. 49(2): 136-141.

- Edwin, D.; Andersen, A. y Rosell, F. (1988). outcome prediction by MMPI in subtypes of Anorexia Nervosa. *Psychosomatics*. 29(3): 273-283.
- Elorriaga, M.H. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década de 1960-1969. *Salud Pública de México*. 14:487-498.
- Erikson, E. (1977). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1982). *Sociedad y Adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Fawcett, J.A. y Susman, P. (1975). The clinical assessment of acute suicidal potential: A review. *Rush Presbyterian St. Luke's Med. Bull.* 14:86-104.
- Farberow, N.L. (1974). Use of the Rorschach in predicting and understanding suicide. *Journal Personality Assessment*. 38:411-419.
- Farley, F. y Gale, A. (1985). *The biological bases of personality and behavior* (Vol. 1) New York: Hemisphere Publishing Corp. and McGraw-Hill International.
- Frederick, C.J. (1972). The school guidance counselor as a preventive agent to self-destructive behavior. En B.Q. Hafen and E.J. Faux (eds.) *Self-destructive behavior: A National crisis*, , Minneapolis: Burgess.
- Freud, S. (1973). *Normalidad y patología*. Biblioteca de Psicología Profunda. México: Paidós.
- Freud, S. (1981). *Duelo y Melancolía*. Obras completas, II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García R., D. (1978). *Estudios sobre depresión, melancolía y manía*. Buenos Aires: Nueva Visión .
- García, D. y Moran, G. (1974). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. *Salud Pública de México*. 15: 195-211.
- García, R. y Tapia, D. (1990). Epidemiología del suicidio en el Estado de Tabasco en el período 1979-1988. *Salud Mental*. 13(4): 29-34.
- Garfinkel, P.; Moldofsky, H. y Garner, D. (1980). The heterogeneity of Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 37: 1036-1040.

- Garrison Z., C. (1989). The study of suicidal behavior in the schools. **Suicide and Life-Threatening Behavior**. 19(1): 120-130.
- Garrison Z., C; Lewinsohn, P.; Marsteller, F.; Langhinrichsen, J. y Lann, I. (1991). The Assessment of Suicidal Behavior in Adolescents. **Suicide and Life-Threatening Behavior**. 21(3): 217-231.
- Gessell, F.L. y Bates, A. (1980). El adolescente de diez a dieciséis. Buenos Aires: Paidós.
- Gilling C., D. (1982). Consideraciones sobre el suicidio en la juventud. **Revista de Estudios Sobre la Juventud In Telpochtli, in Ichpuchtli**. 4:75-86. México: CREA.
- Giraldo-Giraldo, A.J. (1988). **Perfil psicológico registrado con el inventario multifásico de la personalidad (M.M.P.I.) en sujetos con intentos de suicidio**. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Girardi, C.I. (1988). **Un modelo de incapacidad aprendida para adolescentes mexicanos**. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Glaser, K. (1978). The treatment of depressed and suicidal adolescents. **American Journal Psychother**. 32:252-269.
- Gómez C., C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. **Salud Mental**. 19(1): 45-55.
- González-Forteza, C. (1992). **Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes**. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González-Forteza, C. y Andrade P. (1994). Ideación suicida en adolescentes. **La Psicología Social en México**. 5: 298-303.
- González-Forteza, C. y Andrade P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. **Salud Mental**. 18(4): 41-48.

- González-Forteza, C.; Jiménez T., A.; Gómez C., C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes, **Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría**. 135-139.
- González-Forteza, C.; Borges, G.; Gómez C., C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes. **Anales Instituto mexicano de Psiquiatría**. 135-139.
- González-Forteza, C.; Borges, G.; Castro, C., C. y Jiménez T., A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. **Salud Mental**. 19: 3337.
- González N., J.J.; Romero A., J. y Tavira y Noriegha, F. de (1993). **Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes**. México: Editorial Trillas.
- Grieger, R.M. (1986). Anger Problems. En A. Ellis y R. Grieger (Comps.). **Handbook of Rational-Emotive Therapy**. vol. 2 New York: Springer.
- Gutierrez, J., Mercado, J. y Luna, F. (1990). Factores de riesgo suicida: Un apoyo para el residente en psiquiatría. **Psiquiatría**. 1: 24-27.
- Hamburg, B.A. (1974). Early adolescence: a specific and stressful stage of the life cycle. En Coelho, G.V., Hamburg, D.A., Adams, J.E.: **Coping and Adaptation**. New York: Basic Books.
- Havighurst, R. (1971). Social class factors in coping styles and competence. Trabajo presentado en el simposium: " International efforts to conceptualize and measure coping behavior". **American Psychological Association**, Washington, W.C.
- Heman, C. (1986). Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. III Reunión de Investigación y Enseñanza. **Instituto Mexicano de Psiquiatría**. 201-208.
- Hirsch, B.J. (1985). Adolescent coping and support across multiple social environments. **American Journal of Community Psychology**. 13(4): 381-392.
- Holtzman, W.; Díaz-Guerrero, R. y Swartz, J. (1975). **Desarrollo de la personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos**. México: Trillas.

- Hurlock, E.B. (1980). **Psicología de la Adolescencia**. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Jacobs, J. (1971). **Adolescent Suicide**. New York: Wiley-Interscience.
- Jiménez L., M.Y. (1994). **Enojo y Ansiedad: Un estudio correlacional**. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kandel, D.; Raveis, V. y Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. **Journal of Youth and Adolescence**. 20(2):71-78.
- Lazard-Saltiel, P. y Sulkes, A. (1978). **Algunas técnicas en la prevención del suicidio y su posible aplicación en México**. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México.
- Lazard-Saltiel, P. (1988). **Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono**. Tesis doctoral, Universidad nacional Autónoma de México, México.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Levy, J.C. y Deykin, E. (1989). Suicidaty, depression and substance abuse in adolescents. **American Journal Psychiatry**. 146: 1462-1467.
- López, E.; Medina-Mora, M.E.; Villatoro, J.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. **Salud Mental**. 18(4): 25-32.
- Matus C., E. (1990). **El adolescente suicida**. Tesina de licenciatura, Universidad nacional Autónoma de México, México.
- Medina-Mora, M.E.; López L., E.K.; Villatoro V., 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. **Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría**. 7-14.
- Moron, P. (1987). **El suicidio**. México: Publicaciones Cruz O.
- Mussen, P.H.; Conger, J.J. y Kagan, J. (1971). **Desarrollo de la personalidad en el niño**. México: Editorial Trillas.

- Muss, R.E. (1970). Adolescent development and the secular trend. *Adolescence*, 5, 267-284.
- Narvaez, A.; Rosovsky, H. y López, J. (1991). Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicio de urgencias. *Salud Mental*. 14: 6-12.
- Nilson, P. (1989). Psychological profiles of runaway children and adolescents. **Self-Destructive Behavior in Children and Adolescents**. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Ochoa B., A. (1987). **Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia**. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Otto, U. (1964). Changes in the behavior of children and adolescents preceding suicidal attempts. *Acta Psychiatry Scandinava* 40:386-400.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. (1988). **Psicología**. México: McGraw-Hill.
- Patterson, G.R. (1985). A microsocial analysis of anger and irritable behavior. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (comps.) **Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders**. Cambridge: Hemisphere.
- Peña A., G. (1986). **El suicidio: Análisis comparativo de los enfoques sociológico, psicoanalítico y psiquiátrico**. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pfeffer, C. (1989). Studies of suicidal preadolescent and adolescent inpatients. A critique of research methods. **Suicide and Life-Threatening Behavior**. 19(1): 58-77.
- Pfeffer, C. (1981). The distinctive features of children who attempted suicide. In C.F. Well and I.R. Stuart (Eds.) **Self destructive behavior in children and adolescents**. New York van Nostrend Reinhold Co.
- Rosovsky, H.; Casanova, L.; Gutiérrez, R. y González, L. (1994). Los accidentes y la violencia en México: El consumo de alcohol como factor de riesgo. **Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría**. 61-64.
- Safarino, E.P. y Armstrong, J.W. (1988). **Desarrollo del niño y del adolescente**. México: Editorial Trillas.

- Saltijeral, M.T. y Terroba, G.G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. **Salud Pública de México**. 29:345-360.
- Shaffer, D. y Fisher, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 21, 545-565.
- Shneideman, E.S. (1976). **The psychology of suicide**. Jason Aranson, Inc., New York.
- Silva A., M.R. (1993). **Escala de identidad psicosocial emotiva para jóvenes preparatorianos (EMIL) de Rosario Silva**. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Solís S., A. (1981). Reflexiones teóricas sobre el concepto de juventud. **Revista de Estudios Sobre la Juventud In Telpochtli, in Ichpuchtli**. 1:1-16. México: CREA.
- Spielberg, C.D., Krasner, S.S. y Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger. En M.P. Janisse (Comp.) **Health psychology: individual differences and stress**. New York: Springer Verlag.
- Spielberg, C.D. (1988). **State-trait anger expression inventory. Research edition. Professional manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberg, C.D.; Johnson, E.H.; Russel, S.F.; Crane, R.J.; Jacobs, G.A. y Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. En M.A. Chesney & R.H. Rosenman (comps.). **Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders**. Cambridge: Hemisphere.
- Terroba, G.; Heman, A.; Saltijeral, M. y Martínez, P. (1986). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. **Salud Mental**. 9: 74-80.
- Terroba, G.; Heman, A.; Saltijeral, M. y Martínez, P. (1986). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. **Salud Pública de México**. 28: 48-55.
- Teicher, J. (1979). Suicide and suicide attempts. In: **Basic of Child Psychiatry**, J.D. Noshpitz (ed.), vol. 2 New York: Basic Books.

- Torre, J.C. (1982). **Parasuicidio y conducta autodestructiva en la infancia y adolescencia**. Tesina de la Especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Treadwell, M.G. y Johnson, J.H. (1980). **Correlates of adolescent life stress as related to race, SES, and levels of perceived social support**. *Journal of Clinical Psychology*. 13-16.
- Tuckman, J. y Connon, H.E. (1962). **Attempted suicide in adolescents**. *American Journal Psychiatry* 119:228-232.
- Vázquez-Casals, G.A. (1994). **Una escala para la medición del enojo en adolescentes**. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Velasco D. L. (1984). **Culpa y Autodestrucción en un grupo de alcohólicos**. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Welsman, A.D. (1971). **Is suicide a disease? Life Threatening Behavior**. 1: 219-231.
- Wells, C.F. y Stuart, I.R. (1989). **Self-Destructive Behavior in Children and Adolescents**. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO 1

Lista de actividades autodestructivas.

- 1 Cuando estoy triste bebo
- 2 Tomo bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana
- 3 Bebo con mis amigos cuando estoy triste
- 4 Cuando estoy enojado bebo con mis amigos
- 5 Cuando estoy triste dejo de comer
- 6 Frecuentemente camino por lugares peligrosos
- 7 Cuando estoy triste dejo de dormir
- 8 Cuando manejo juego carreras
- 9 Duermo cuatro horas o menos
- 10 Vivo en tensión constantemente
- 11 Como sólo una vez al día
- 12 He intentado suicidarme
- 13 Me enojo a la menor provocación
- 14 Cuando estoy nervioso dejo de dormir
- 15 Manejo a gran velocidad
- 16 Fumo más cuando estoy nervioso
- 17 Fumo cuando estoy enojado
- 18 Cuando estoy nervioso me aparto de la gente
- 19 Como sólo dos veces al día
- 20 Cuando estoy nervioso fumo
- 21 Cuando estoy triste me aparto de la gente
- 22 Cuando me enojo dejo de comer
- 23 Fumo por lo menos 5 cigarros al día
- 24 Hay días en los que no ingiero alimentos
- 25 Cuando me enojo me aparto de la gente
- 26 Como frecuentemente en la calle
- 27 Cuando estoy enfermo me automedico
- 28 Hago ejercicio hasta agotarme
- 29 No voy al médico cuando me enfermo
- 30 Tomo bebidas alcohólicas al menos una vez al mes
- 31 Me pongo triste por cosas que no valen la pena
- 32 Frecuentemente me trago mis corajes
- 33 Me pongo nervioso por cosas que no valen la pena
- 34 Me enojo por cosas que no valen la pena
- 35 Ingiero alimentos chatarra
- 36 Practico el buceo
- 37 Cuando estoy nervioso procuro no beber
- 38 Tengo relaciones sexuales sólo con mi pareja
- 39 Cuando tengo relaciones sexuales utilizo condón

- 40 Cuando me enojo procuro no beber
- 41 Practico natación
- 42 Practico el ciclismo
- 43 Cuando estoy triste procuro no beber
- 44 Platico con un amigo cuando estoy enojado
- 45 Como aunque no tenga hambre
- 46 Cuando me enfermo consulto al médico
- 47 Platico con un amigo cuando estoy nervioso
- 48 Tomo sólo medicamentos que me receta el doctor
- 49 Me gusta asistir a museos
- 50 Practico deportes al aire libre
- 51 Evito andar solo(a) en las calles hasta altas horas de la noche
- 52 Platico con un amigo cuando estoy triste
- 53 Hago ejercicio por lo menos una vez a la semana
- 54 Cuando salgo de noche procuro hacerlo acompañado(a)
- 55 Hago tres comidas al día
- 56 Como cosas que me nutren
- 57 Me gusta estar relajado
- 58 Me gusta ir al cine
- 59 Cuando salgo tarde de las fiestas procuro hacerlo en grupo
- 60 Duermo por lo menos ocho horas
- 61 Como frutas y verduras
- 62 Me gusta escuchar música
- 63 Procuro comer en lugares limpios
- 64 Practico el paracaidismo
- 65 Tomo pastillas para dormir
- 66 Cuando bebo alcohol consumo marihuana
- 67 Bebo cuando estoy nervioso
- 68 Bebo en exceso cuando estoy enojado
- 69 Fumo marihuana al menos una vez a la semana
- 70 Bebo en exceso cuando estoy nervioso
- 71 Consumo algún tipo de droga
- 72 Bebo cuando estoy enojado
- 73 Como hasta que me da asco
- 74 Consumo drogas
- 75 Fumo marihuana al menos una vez al mes
- 76 He cometido delitos que me han puesto en peligro
- 77 Tengo relaciones sexuales con 2 o más personas
- 78 Tengo relaciones sexuales con personas desconocidas
- 79 Compito en arrancones
- 80 Practico el montañismo
- 81 Soy miembro de una pandilla
- 82 Cuando estoy triste bebo en exceso

- 83 Cuando estoy triste bebo sólo
- 84 He participado en pequeños robos
- 85 Provoco tanto a la gente que terminan golpeándome
- 86 Me he hecho tatuajes
- 87 Practico el boxeo
- 88 Bebo con mis amigos cuando estoy nervioso
- 89 Cuando tengo relaciones sexuales no utilizo condón
- 90 Fumo cuando estoy triste
- 91 Cuando me enojo dejo de dormir
- 92 Dejo de comer cuando estoy nervioso
- 93 Tomo las medicinas que me recomiendan mis amigos
- 94 Me voy solo(a) cuando salgo de las fiestas

ANEXO 2

ESCALA DE CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVA

INSTRUCCIONES: Antes de comenzar escriba su sexo, edad y fecha, en los espacios que así lo señalan en la hoja de respuestas.

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones acerca de algunas actividades que los jóvenes han reportado que realizan.

Lea cuidadosamente cada afirmación y marque con una equis (x) en la primera serie de respuestas aquella que indique con que *frecuencia* realiza cada actividad, marque también con una equis (x) en la segunda serie de respuestas aquella que indique *qué tan peligrosa* considera dicha actividad. No hay respuestas correctas o incorrectas, si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque la correcta.

Ejemplo: Fumo cuando estoy enojado

1 NUNCA O MUY POCAS VECES ()	1 DEFINITIVAMENTE NO ES PELIGROSA ()
2 DE VEZ EN CUANDO ()	2 ALGO PELIGROSA ()
3 BUENA PARTE DEL TIEMPO (X)	3 MODERADAMENTE PELIGROSA (X)
4 SIEMPRE O TODO EL TIEMPO ()	4 MUY PELIGROSA ()

- 1 Hago ejercicio hasta agotarme
- 2 Tomo bebidas alcohólicas en forma moderada
- 3 Cuando estoy triste dejo de comer
- 4 Camino por lugares peligrosos en las noches
- 5 Cuando estoy triste dejo de dormir
- 6 Cuando estoy nervioso(a) procuro no beber
- 7 Me gusta ir en carros a gran velocidad
- 8 Duermo cuatro horas o menos
- 9 Me gusta estar relajado(a)
- 10 Voy al médico cuando me enfermo
- 11 Como sólo una vez al día
- 12 Tengo relaciones sexuales sólo con mi pareja
- 13 Me enoja a la menor provocación
- 14 Cuando estoy nervioso(a) dejo de dormir
- 15 Me gusta subirme a juegos mecánicos emocionantes
- 16 Fumo cuando estoy enojado(a)
- 17 Cuando estoy nervioso(a) me aparto de la gente
- 18 Como sólo dos veces al día
- 19 Cuando estoy nervioso(a) fumo
- 20 Cuando estoy enojado(a) bebo con mis amigos(as)
- 21 Cuando estoy triste me aparto de la gente

- 22 Me pongo nervioso(a) por cosas que no valen la pena
- 23 Cuando me enojo dejo de comer
- 24 Fumo por lo menos 5 cigarros al día
- 25 Hay días en los que no ingiero alimentos
- 26 Cuando me enojo me aparto de la gente
- 27 Como cosas de las que venden en la calle
- 28 Bebo con mis amigos(as) cuando estoy triste
- 29 Cuando estoy enfermo(a) me automédico
- 30 Tomo bebidas alcohólicas aunque esté solo
- 31 Me pongo triste por cosas que no valen la pena
- 32 Me trago mis corajes
- 33 He intentado suicidarme
- 34 Me enojo por cosas que no valen la pena
- 35 Ingiero alimentos chatarra
- 36 Fumo más cuando estoy nervioso(a)

ESCALA DE RIESGO SUICIDA

INSTRUCCIONES: A continuación aparecen una serie de frases que describen las emociones y conductas que algunas personas utilizan para expresar sus sentimientos. Lealas y diga que tan ciertas son para usted, poniendo una (x) en la respuesta elegida.

Ejemplo: Me siento aislado de la gente

1 NUNCA O MUY POCAS VECES ()

2 DE VEZ EN CUANDO (X)

3 BUENA PARTE DEL TIEMPO ()

4 SIEMPRE O TODO EL TIEMPO ()

- 1 Cuando me enojo aviento cosas
- 2 Siento que mucha gente se preocupa por mí intensamente
- 3 Siento que tiendo a ser impulsivo
- 4 Pienso en cosas demasiado malas para compartirlas con otros
- 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 yo muero
- 12 Me siento tan solo que no puedo tolerarlo
- 13 Otros sienten hostilidad hacia mí
- 14 Siento que si yo pudiera empezar otra vez cambiaría muchas cosas en mi vida
- 15 Siento que no soy capaz de hacer muchas cosas bien
- 16 Tengo problemas para encontrar y mantener un trabajo que me guste
- 17 Pienso que nadie me extrañaría si no estoy
- 18 Las cosas parecen estar bien para mí
- 19 Siento que la gente espera demasiado para mí
- 20 Siento que necesito castigarme por cosas que he dicho y pensado
- 21 Siento que no vale la pena seguir viviendo en el 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 viviendo como están las cosas
- 26 Me siento/sentí cercano a mi madre
- 27 Me siento/sentí cercano a mi compañero(a)
- 28 Siento poca fe en que las cosas mejoren
- 29 Siento que la gente no me acepta a mí ni lo que hago
- 30 He pensado como dañarme

- 31 Me preocupo por el dinero
- 32 Pienso en el suicidio
- 33 Me siento cansado e indiferente
- 34 Cuando me enojo rompo cosas
- 35 Me siento/sentí cercano a mi padre
- 36 Siento que no puedo ser feliz independientemente de donde esté

ESCALA DE ENOJO
I.E.R.E.E.M.
INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN
Por C.D. Spielberg, Ph.D. y G.A. Vázquez-Casals, M.A.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está dividido en tres parte. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conducta. Por favor, fíjese que cada parte tiene diferentes instrucciones. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas.

Al responder cada afirmación, dé la respuesta que le describa mejor. Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y marque con una equis (x) la opción que indique cómo se siente *usted exactamente ahora*. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describirle.

Ejemplo: Me siento irritado(a)

- 1 DEFINITIVAMENTE NO ()
- 2 ALGO (X)
- 3 MODERADAMENTE ()
- 4 MUCHO ()

COMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA

- 1 Estoy furioso(a)
- 2 Me siento irritado(a)
- 3 Me siento enojado(a)
- 4 Me dan ganas de gritarle a alguien
- 5 Me dan ganas de romper cosas
- 6 Estoy muy enojado(a)
- 7 Me dan ganas de golpear la mesa
- 8 Me dan ganas de golpear a alguien
- 9 Me dan ganas de decir groserías
- 10 Estoy agobiado(a)

INSTRUCCIONES: Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y marque con una equis (x) aquella que indique cómo se siente usted *generalmente*. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describirle.

Ejemplo: Soy muy irritable

- 1 CASI NUNCA (X)
- 2 ALGUNAS VECES ()
- 3 FRECUENTEMENTE ()
- 4 CASI SIEMPRE ()

COMO ME SIENTO GENERALMENTE

- 11 Soy muy temperamental
- 12 Tengo un temperamento explosivo
- 13 Soy muy enojón (a)
- 14 Me enoja cuando los errores de los demás me retrasan
- 15 Me molesta que no se reconozca mi trabajo
- 16 Pierdo los estribos
- 17 Me enfurezco cuando me critican frente a otros
- 18 Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen
- 19 Soy muy irritable
- 20 Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien

INSTRUCCIONES: Todo el mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren en las formas en que reaccionan cuando están enojadas. Un número de las afirmaciones que las personas utilizan cuando se sienten *enojadas o furiosas* se dan abajo. Lea cada afirmación y marque con una equis (x) aquella que indique cuán frecuentemente usted *por lo general* reacciona o se comporta en la manera descrita cuando usted se siente enojado o furioso. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Ejemplo: Discuto con los demás

- 1 CASI NUNCA ()
- 2 ALGUNAS VECES ()
- 3 FRECUENTEMENTE (X)
- 4 CASI SIEMPRE ()

CUANDO ESTOY ENOJADO O FURIOSO

- 21 Controlo mi carácter
- 22 No expreso lo que siento
- 23 Soy paciente con los demás
- 24 Hago comentarios sarcásticos a los demás
- 25 Me mantengo calmado (a)
- 26 Controlo mi forma de actuar
- 27 Discuto con los demás
- 28 Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie.

- 29 Me puedo controlar cuando me estoy enojando
- 30 Estoy más enojado (a) de lo que estoy dispuesto (a) a admitir.
- 31 Me calmo más rápidamente que las demás personas.
- 32 Digo cosas desagradables
- 33 Traro de ser tolerante y comprensivo (a)
- 34 Me irrito más de lo que los demás se dan cuenta.
- 35 Me controlo cuando me siento enojado (a)

ANEXO 3

FACTOR 1. FALTA DE CONTROL EMOCIONAL

- 1 Me enojo a la menor provocación
- 2 Cuando estoy nervioso(a) dejo de dormir
- 3 Cuando estoy nervioso(a) me aparto de la gente
- 4 Cuando estoy triste me aparto de la gente
- 5 Me pongo nervioso(a) por cosas que no valen la pena
- 6 Cuando me enojo me aparto de la gente
- 7 Me pongo triste por cosas que no valen la pena
- 8 Me enojo por cosas que no valen la pena

FACTOR 2. DESCUIDO DE LA SALUD

- 9 Cuando estoy triste dejo de comer
- 10 Como sólo una vez al día
- 11 Como sólo dos veces al día
- 12 Cuando me enojo dejo de comer
- 13 Hay días en los que no ingiero alimentos
- 14 He intentado suicidarme

FACTOR 3. CONDUCTAS ADICTIVAS

- 15 Fumo cuando estoy enojado(a)
- 16 Cuando estoy nervioso(a) fumo
- 17 Fumo por lo menos 5 cigarros al día

FACTOR 4. RESPUESTAS EMOCIONALES ADICTIVAS

- 18 Cuando estoy enojado(a) bebo con mis amigos(as)
- 19 Bebo con mis amigos(as) cuando estoy triste
- 20 Tomo bebidas alcohólicas aunque esté solo

ANEXO 4

FACTOR 1. IDEACIÓN SUICIDA

- 1 Pienso en cosas demasiado malas para compartirlas con otros
- 2 Con el objeto de castigar a otros, pienso en el suicidio
- 3 Siento que no vale la pena seguir viviendo en el mundo
- 4 Siento que si yo muriera la gente estaría mejor
- 5 Siento que sería menos doloroso si muriera que continuar viviendo como están las cosas
- 6 He pensado como dañarme
- 7 Pienso en el suicidio

FACTOR 2. SOLEDAD

- 8 Siento que tengo demasiada responsabilidad
- 9 Me siento aislado de la gente
- 10 Me siento tan solo que no puedo tolerarlo
- 11 Siento que no tengo muchos amigos con los que pueda contar
- 12 Siento que la gente no me acepta a mí ni lo que hago
- 13 Me siento cansado e indiferente
- 14 Siento que no puedo ser feliz independientemente de donde esté

FACTOR 3. AUTOESTIMA

- 15 Siento que mucha gente se preocupa por mí intensamente
- 16 Pienso que podría hacer cosas que valen la pena
- 17 Siento que mucha gente entristecería si yo muero
- 18 Planeo el futuro con mucho cuidado

FACTOR 4. AFECTIVIDAD

- 19 Me siento/sentí cercano a mi madre
- 20 Me siento/sentí cercano a mi compañero(a)
- 21 Me siento/sentí cercano a mi padre

FACTOR 5. INCAPACIDAD

- 22 Siento que si yo pudiera empezar otra vez cambiaría muchas cosas en mi vida
- 23 Siento que no soy capaz de hacer muchas cosas bien
- 24 Tengo problemas para encontrar y mantener un trabajo que me guste
- 25 Siento poca fe en que las cosas mejoren

ANEXO 5

ENOJO ESTADO

- 1 Estoy furioso(a)
- 2 Me siento irritado(a)
- 3 Me siento enojado(a)
- 4 Me dan ganas de gritarle a alguien
- 5 Me dan ganas de romper cosas
- 6 Estoy muy enojado(a)
- 7 Me dan ganas de golpear la mesa
- 8 Me dan ganas de golpear a alguien
- 9 Me dan ganas de decir groserías
- 10 Estoy agobiado(a)

ENOJO RASGO

- 11 Soy muy temperamental
- 12 Tengo un temperamento explosivo
- 13 Soy muy enojón (a)
- 14 Me enoja cuando los errores de los demás me retrasan
- 15 Me molesta que no se reconozca mi trabajo
- 16 Pierdo los estribos
- 17 Me enfurezco cuando me critican frente a otros
- 18 Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen
- 19 Soy muy irritable
- 20 Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien.

EXPRESION DEL ENOJO

- 21 Controlo mi carácter
- 22 Soy paciente con los demás
- 23 Me mantengo calmado (a)
- 24 Controlo mi forma de actuar
- 25 Discuto con los demás
- 26 Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie.
- 27 Me puedo controlar cuando me estoy enojando
- 28 Estoy más enojado (a) de lo que estoy dispuesto (a) a admitir.
- 29 Me calmo más rápidamente que las demás personas.
- 30 Digo cosas desagradables
- 31 Trato de ser tolerante y comprensivo (a)
- 32 Me irrito más de lo que los demás se dan cuenta.
- 33 Me controlo cuando me siento enojado (a)

APÉNDICE 1.

Intercorrelaciones Para la Escala de Conductas Autodestructivas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	1.00															
2		1.00	.028													
3				1.00												
4					1.00											
5						1.00										
6							1.00									
7								1.00								
8									1.00							
9										1.00						
10											1.00					
11												1.00				
12													1.00			
13														1.00		
14															1.00	
15																1.00
16	.027	.068	.052	.118	.157	-.052	.191	.089	.039	.063	.052	.272	.240	.023	.235	
17	-.033	.325	-.066	.246	.007	.083	.112	.003	.204	.296	.036	.155	.402	.144	.110	
18	.061	.155	-.039	.191	.050	.010	.117	.047	.254	.291	.114	.098	.269	.061	.125	
19	-.024	.452	-.010	.208	.095	-.040	.255	-.043	.173	.340	.085	.169	.218	.159	.137	
20	.143	.023	.086	.114	.170	-.020	.065	.081	.015	.042	.131	.474	.141	.096	.472	
21	-.035	.320	-.030	.143	.046	.034	.345	-.030	.114	.185	.115	.156	.201	.232	.091	
22	.032	.293	-.026	.295	.039	.078	.191	-.019	.235	.397	.041	.247	.539	.139	.2256	
23	.011	.172	.002	.122	.127	.071	.152	.040	.032	.063	.157	.140	.112	.204	.066	
24	.112	.044	.016	.140	.195	-.052	.080	.085	.099	.078	.168	.191	.242	.057	.265	
25	.019	.108	.016	.086	.103	-.031	.136	-.025	.073	.074	.034	.050	.163	.128	.032	
26	.165	.091	.039	.267	.230	-.065	.118	.104	.134	.038	.091	.370	.148	-.056	.248	
27	-.000	.293	-.040	.315	.077	.029	.182	-.049	.218	.304	.040	.093	.218	.075	.013	
28	-.002	.241	-.068	.269	-.039	.030	.171	-.121	.209	.242	.083	.056	.147	.134	.097	
29	.051	.182	-.040	.245	.144	-.000	.164	.052	.093	.134	.007	.241	.191	.047	.151	
30	-.028	.241	.053	.263	.139	-.075	.185	-.020	.315	.239	.031	.101	.197	.064	.115	
31	-.060	.216	-.031	.189	.109	-.035	.193	.020	.176	.088	.118	.183	.121	.170	.146	

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
16	1.00															
17		1.00														
18			1.00													
19				1.00												
20					1.00											
21						1.00										
22							1.00									
23								1.00								
24									1.00							
25										1.00						
26											1.00					
27												1.00				
28													1.00			
29														1.00		
30															1.00	
31																1.00

100.000 = 1.000000

Intercorrelaciones para la Escala de Riesgo Suicida

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
*1	1.00	.015	-.070	.013	.183	-.066	.083	-.046	.336	-.062	.132	.066	-.033	.010	-.016	.026
2		1.00	.268	.012	.075	.271	.232	.185	.035	.148	.215	.080	.091	.065	-.002	.130
3			1.00	.063	.087	.259	.194	.224	-.002	.203	.099	.101	.076	.151	.140	.159
4				1.00	.151	.136	.093	.114	.057	.164	.122	.135	.099	.021	.071	.124
*5					1.00	-.037	.001	-.018	.204	-.061	.022	.206	.033	-.006	-.010	.060
6						1.00	.240	.254	-.132	.259	.184	-.008	.171	.062	.138	.087
7							1.00	.177	.039	.106	-.405	.015	.110	.087	.051	.119
8								1.00	-.158	.311	.141	.044	.131	-.011	.036	-.100
*9									1.00	-.141	.044	.131	-.011	.036	-.100	.062
10										1.00	.108	.031	.050	.016	.173	.201
11											1.00	.142	.116	.083	.098	.161
12												1.00	.248	.146	.040	.204
13													1.00	.195	.183	.163
14														1.00	.151	.078
15															1.00	.151
16																1.00
17	-.137	.131	.292	.045	.032	.341	.136	.264	-.064	.268	.100	.155	.200	.130	.297	.233
*18	.205	-.050	-.092	.163	.237	-.064	.070	-.106	.212	-.076	.062	.126	.010	-.110	-.113	.167
19	-.015	.108	.156	.132	.033	.243	.121	.243	-.108	.269	.106	.128	.155	.155	.169	.190
20	-.202	.115	.279	.107	-.037	.276	.069	.267	-.261	.288	.048	.044	.151	.123	.144	.242
21	-.145	.177	.234	.101	.016	.361	.130	.216	-.196	.214	.125	.156	.170	.105	.235	.227
*22	.222	-.035	-.013	.023	.115	-.149	.018	-.029	.298	-.068	.052	.113	.006	-.069	-.120	-.015
*23	.116	-.038	-.093	-.000	.118	-.040	-.025	-.027	.238	-.113	.011	.124	.064	-.041	-.064	-.018
24	-.014	.070	.183	.028	.076	.111	.130	.162	-.035	.103	.131	.131	.102	.197	.135	.119
25	-.161	.121	.223	.090	-.062	.280	.160	.297	-.170	.343	.125	.140	.132	.010	.249	.262
26	-.139	.141	.375	.030	.025	.333	.140	.176	-.076	.251	.086	.042	.148	.175	.210	.163
27	.024	.064	.055	.180	.074	.140	.117	.013	.036	.091	.140	.206	.066	.153	.005	.057
28	-.069	.232	.298	.107	.028	.463	.199	.267	-.126	.212	.098	.028	.124	.148	.202	.213
29	-.094	.167	.146	.170	.036	.243	.149	.313	-.104	.257	.159	.175	.160	.112	.234	.181
30	-.039	.290	.103	.033	-.128	.158	.103	.118	-.013	.132	.092	.043	.093	.023	.168	.166
*31	.122	-.091	-.098	.015	.072	-.091	.042	-.026	.177	-.096	.030	.063	.016	-.074	-.058	-.072
32	-.005	.025	.104	.123	.023	.271	.143	.207	-.015	.307	.116	.092	.194	.110	.265	.225

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
17	1.00	-.140	.223	.454	.509	-.166	-.058	-.197	-.301	.409	.154	.486	.384	.193	-.115	.325
18		1.00	.010	-.110	-.113	.167	.126	.002	-.029	-.097	.071	-.051	-.023	-.127	.162	-.028
19			1.00	.178	.229	-.080	-.162	-.218	-.303	.076	.024	-.135	.182	.018	-.098	.284
20				1.00	.521	-.222	-.096	.205	-.176	-.427	.108	.398	.348	.143	-.110	.254
21					1.00	-.199	-.079	.278	.355	.467	.224	.501	.294	.162	-.196	.261
22						1.00	.399	-.026	-.082	-.111	-.043	-.150	-.037	-.042	.390	-.010
23							1.00	.001	-.084	-.052	.040	-.045	-.056	-.031	.316	-.039
24								1.00	.228	.272	.092	.208	.169	.067	-.098	.212
25									1.00	.318	.088	.282	.284	.177	-.120	.333
26										1.00	.174	.485	.170	.136	-.166	.186
27											1.00	.193	.158	.038	.012	.105
28												1.00	.355	.251	-.172	.223
29													1.00	.156	-.045	.277
30														1.00	-.094	.102
31															1.00	-.049
32																1.00

*Correlaciones significativas (p <= 0.01)

Interrelaciones para la Facula de Fenojo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	1.00																
2		1.00															
3			1.00														
4				1.00													
5					1.00												
6						1.00											
7							1.00										
8								1.00									
9									1.00								
10										1.00							
11											1.00						
12												1.00					
13													1.00				
14														1.00			
15															1.00		
16																1.00	
17																	1.00
18	088	014	032	122	093	059	064	118	141	148	129	132	242	169	611	275	496
19	147	309	257	240	203	216	145	163	207	266	213	416	518	709	281	494	196
20	253	212	268	265	266	198	240	229	334	141	127	346	217	306	150	463	171
*21	-128	-103	-178	-167	-159	-120	-110	-148	-109	-158	-158	-114	-236	-280	-163	-099	-261
*22	-022	-002	002	044	-017	-017	-016	-018	-014	065	-031	-042	018	055	171	-047	045
*23	-045	-043	-041	-088	001	-035	046	-034	-005	-088	-066	-168	-166	-096	-054	-121	-050
*24	043	012	119	180	190	126	066	080	128	119	040	048	068	168	093	128	063
*25	-058	-012	-11	-144	-098	-090	-083	-100	-064	-102	-039	-176	-248	-133	-085	-189	-104
*26	017	017	-04	-077	-070	-020	014	-066	-074	-038	-044	-103	-105	-060	-047	-114	-012
27	021	141	167	165	190	167	062	126	174	100	130	202	239	203	180	220	123
28	086	131	135	227	250	180	114	173	183	134	064	181	245	195	246	158	259
*29	-120	-062	-112	-119	-118	-058	-063	-143	-143	-130	-036	-240	-236	-160	-025	-254	-107
30	033	-024	081	062	056	094	006	047	090	054	080	075	139	090	079	086	125
*31	-103	-139	-017	-042	-088	-016	-028	-050	-028	-052	-090	-220	-097	-052	-021	-213	-062
32	086	098	181	206	191	153	060	111	345	045	144	128	128	181	119	205	135
*33	-084	-036	-066	-123	-059	080	-121	-107	-045	-075	-045	-109	-130	-073	-104	-166	-079
34	137	204	210	184	295	182	182	224	206	218	100	254	347	164	234	235	272
*35	-118	-101	-165	-111	-063	-090	-124	-177	-077	-117	-027	-227	-208	-120	-076	-233	-138

	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
18	1.00																	
19		1.00																
20			1.00															
21				1.00														
22					1.00													
23						1.00												
24							1.00											
25								1.00										
26									1.00									
27										1.00								
28											1.00							
29												1.00						
30													1.00					
31														1.00				
32															1.00			
33																1.00		
34																	1.00	
35																		1.00

*Correlaciones significativas (p < 0.01)

APÉNDICE 2

Resultados de la consistencia interna a través del alpha de Cronbach para la escala global y subescalas de conductas autodestructivas.

Escala Global de Conductas Autodestructiva

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
1	.4028	.8118
2	.3448	.8147
3	.3205	.8167
4	.4616	.8084
5	.3564	.8141
6	.4942	.8065
7	.1846	.8253
8	.3529	.8143
9	.3028	.8171
10	.4980	.8061
11	.4073	.8116
12	.4778	.8078
13	.2635	.8182
14	.3983	.8130
15	.6275	.7972
16	.3138	.8160
17	.3102	.8164
18	.4809	.8075
19	.3262	.8155
20	.4649	.8084
Alpha de la escala total		.8207

Subescala Falta de Control Emocional

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
1	.3544	.7868
2	.4590	.7709
3	.4641	.7700
4	.5161	.7616
5	.4638	.7700
6	.6293	.7410
7	.5352	.7596
8	.5365	.7593
Alpha de la escala total		.7885

Subescala Descuido de la Salud

REACTIVOS	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
9	.4675	.5214
10	.3781	.5589
11	.2151	.6430
12	.4105	.5442
13	.4545	.5449
14	.2385	.6089
Alpha de la escala total		.6340

Subescala Conductas Adictivas

REACTIVOS	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
15	.5944	.6489
16	.6140	.6271
17	.5346	.7143
Alpha de la escala total		.7510

Subescala Respuestas Emocionales Adictivas

REACTIVOS	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
18	.5152	.5168
19	.5230	.4778
20	.3874	.6549
Alpha de la escala total		.6624

APÉNDICE 3

Resultados de la consistencia interna a través del alpha de Cronbach para la escala global y subescalas de riesgo suicida.

Escala Global de Riesgo Suicida

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
1	.2242	.7291
2	.2489	.7086
3	.1349	.7139
4	.1767	.7155
5	.3698	.7076
6	.2555	.7071
7	.3134	.7304
8	.2583	.7097
9	.2078	.7064
10	.1659	.7077
11	.1175	.7165
12	.4448	.7004
13	.1693	.7250
14	.2681	.7069
15	.4739	.7049
16	.5130	.6995
17	.3404	.7253
18	.2673	.7248
19	.2276	.7060
20	.3361	.7025
21	.4198	.7048
22	.5151	.7051
23	.2971	.7060
24	.2564	.7348
25	.2719	.7009
Alpha de la escala total		.7536

Subescala Ideación Suicida

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
1	.3821	.8244
2	.5006	.8070
3	.6078	.7883
4	.5942	.7911
5	.6433	.7824
6	.5941	.7907
7	.6726	.7865
Alpha de la escala total		.8259

Subescala Soledad

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
8	.2254	.7024
9	.4012	.6539
10	.4571	.6404
11	.4048	.6548
12	.4744	.6332
13	.4282	.6499
14	.4384	.6425
Alpha de la escala total		.6974

Subescala Autoestima

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
15	.3943	.4800
16	.3266	.5325
17	.4055	.4688
18	.3204	.5377
Alpha de la escala total		.5781

Subescala Afectividad

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
19	.4947	.4893
20	.4295	.5789
21	.4438	.5674
Alpha de la escala total		.6465

Subescala Incapacidad

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el ítem es borrado)
22	.2344	.4163
23	.3278	.3096
24	.2474	.3968
25	.2335	.4089
Alpha de la escala total		.4576

APÉNDICE 4

Resultados de la consistencia interna a través del alpha de Cronbach para la escala global y subescalas de enojo.

Escala Global de Enojo

REACTIVOS	CORRELACIÓN ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el Item es borrado)
1	.3564	.8699
2	.3158	.8704
3	.4262	.8689
4	.4267	.8681
5	.4315	.8684
6	.3707	.8698
7	.3135	.8704
8	.4131	.8686
9	.3615	.8695
10	.3485	.8695
11	.2367	.8718
12	.4973	.8661
13	.4835	.8663
14	.3791	.8689
15	.3597	.8694
16	.5417	.8655
17	.3488	.8699
18	.3625	.8694
19	.5473	.8649
20	.4717	.8666
21	.5162	.8654
22	.3346	.8701
23	.4485	.8672
24	.3161	.8705
25	.3553	.8693
26	.4098	.8683
27	.4732	.8665
28	.1773	.8740
29	.3546	.8696
30	.3436	.8696
31	.3999	.8684
32	.4086	.8682
33	.5017	.8657
Alpha de la escala total		.8804

Subescala Enojo Estado

REACTIVOS	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el Item es borrado)
1	.5377	.8382
2	.4983	.8406
3	.6477	.8284
4	.6234	.8295
5	.6867	.8231
6	.5975	.8333
7	.5541	.8364
8	.6629	.8258
9	.4541	.8447
10	.3609	.8597
Alpha de la escala total		.8576

Subescala Enojo Rasgo

REACTIVOS	CORRELACION ITEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (si el Item es borrado)
11	.2982	.7943
12	.4968	.7736
13	.4851	.7747
14	.4337	.7809
15	.5039	.7723
16	.5736	.7669
17	.4192	.7837
18	.5290	.7690
19	.5506	.7675
20	.3980	.7852
Alpha de la escala total		.7969

Subescala Expresión del Enojo

REACTIVOS	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL	ALPHA DE CRONBACH (el ítem es borrado)
21	.6012	.7575
22	.4419	.7726
23	.5977	.7567
24	.4491	.7720
25	.3060	.7838
26	.2482	.7915
27	.5340	.7635
28	.1388	.7994
29	.7725	.7725
30	.3192	.7830
31	.5291	.7643
32	.2263	.7927
33	.5967	.7572
Alpha de la escala (total)		.7869