

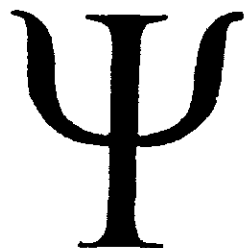


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERIZACION DE LA PERSONALIDAD
DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS

T E S I S
Q U E P R E S E N T A
LETICIA OSORNIO CASTILLO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JULIO DE 1999.

01962
27579A



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS

TESIS QUE PRESENTA:

Leticia Osornio Castillo

Para obtener el Grado de:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

JULIO DE 1999

Trabajo elaborado con el apoyo del CONACyT

Quiero hacer un reconocimiento a los Investigadores que me apoyaron con sus observaciones y sugerencias al realizar este trabajo.

Particularmente a la Dra. Ma. Elena Medina-Mora.
Directora de la presente Tesis.

También a:

Dra. Patricia Andrade Palos

Dra. Rosa Korbman Chjetaite

Mro. Samuel Jurado Cardena

Dra. Emilia Lucio Gomez. Maqueo

Agradezco el apoyo brindado por las autoridades del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" el cual fue fundamental para realización de esta investigación.

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefe de la División de Investigación

Dra. Miriam del Valle
Pabellón de Adolescentes
Mujeres

Dra. Cecilia Sánchez
Clínica de la Adolescencia

Dra. Ana María Tello
Dra. Dulce Facio
Consulta Externa

También agradezco el apoyo a la Unidad de Computo Informática e Instrumentos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, específicamente a:

Aurora Ayala Nuñez
Asesora estadística

**Trabajo dedicado a:
J. Germán Garibay Gallardo**

INDICE

Introducción.....	1
I.-Marco de Referencia	
1.- Adolescencia.	
1.1. Definición.....	3
1.2. Personalidad de los adolescentes.....	4
1.3. Las relaciones familiares de los adolescentes suicidas.....	9
2.-Suicidio	
2.1. Definición y antecedentes teóricos.....	14
2.2. Explicación psicodinámica del suicidio.....	16
2.3. Estadísticas internacionales.....	19
2.4. Datos estadísticos en México.....	22
2.5. Pensamientos suicidas.....	24
2.6. Factores asociados al intento de suicidio.....	25
3.- La problemática familiar del adolescente suicida	
3.1. La familia como sistema.....	33
3.2. Algunas características de las familias mexicanas.....	42
3.3. El modelo circumplejo.....	43
3.4. Dinámica familiar del suicida.....	48
II.- Justificación.....	52
Tipo de diseño.....	54
Objetivo.....	54

Hipótesis.....	57
Método.....	59
Análisis de Resultados.....	69
Comentarios y Discusión.....	99
Bibliografía.....	109

INTRODUCCIÓN

El suicidio, elemento de nuestra sociedad actual, comienza a convertirse en una noticia cotidiana; las presiones sociales de las grandes urbes, aunada a fuertes conflictos internos han producido que cada día se engrocen las estadísticas acerca de este tipo de tragedias.

De acuerdo con la OMS (cit. En Terroba, Saltijera, Heman y Martínez, 1980), se calcula que cada día se cometen por lo menos mil suicidios y que ocho de cada diez personas ya lo habían intentado.

En Estados Unidos, la segunda causa de muerte entre los jóvenes después de los "accidentes" es el suicidio. Según las estadísticas el número de suicidios en jóvenes entre 15-24 años de edad, se han duplicado en los últimos años, en 1985, más de 6000 adolescentes se suicidaron, lo que correspondió aproximadamente a 17 suicidios cada día, si contamos solamente suicidios consumados y considerados como tales (Dolto, 1992).

De acuerdo a los datos reportados por el INEGI¹, el número de suicidios registrados en 1993 en la República Mexicana fue tres veces mayor que en 1983, un total de 1957 suicidios.

Otro dato importante es el porcentaje de intentos de suicidio en los adolescentes mexicanos, ya que durante 1992 el 27.8% de los intentos de suicidio que se suscitaron ese año, correspondieron a esta población.

Por otra parte, la literatura sobre parasuicidio en niños y adolescentes, indica que los jóvenes que intentan autolesionarse, casi invariablemente

¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

proviene de un sistema psicosocial alterado. Generalmente hay una historia de separación y pérdidas. También indica que son hijos de padres con habilidades de enfrentamiento inadecuadas, que tienen dificultades en organizar sus propias vidas y no están al tanto de los problemas con sus hijos. Con frecuencia el adolescente tiene una larga historia de problemas de conducta y académicos; así como dificultades interpersonales (Rotheram-Borus, Trautman, Duplins y Shrout, 1990).

A partir de lo anterior, el objetivo de la presente investigación, fue elaborar una caracterización de las adolescentes -se trabajó solamente con el sexo femenino- con intento de suicidio. Tomando en cuenta las variables de estructura y dinámica familiar, antecedentes de maltrato, uso/abuso de sustancias, depresión, ansiedad e ideación suicida.

I.- MARCO DE REFERENCIA

1.- ADOLESCENCIA

1.1 Definición

La adolescencia es una etapa bien definida del proceso de crecimiento y desarrollo humano (Blos, 1986)². Abarca más de una década de la vida, durante la cual ocurren cambios de suma importancia antes de llegar a la culminación que está representada por la adultez.

Para Barriguete (1983), es un período plástico en la configuración más o menos estable y definitiva de la personalidad.

Sin embargo por su vinculación con la pubertad, es importante conocer la diferencia entre ésta y adolescencia; aunque comúnmente ambos términos se emplean para denominar el mismo fenómeno, o referirse a un grupo con edades comprendidas entre los 12 y los 21 años (Dulano, 1972).

En el contexto etimológico, pubertad, proviene del vocablo púbes, que significa la aparición del vello púbico (Ford y Beach, 1982) y, es un proceso de maduración biológica, que se realiza en un tiempo determinado. Está condicionado por la madurez del eje hiposifisogonal, situación que induce al desarrollo de las gónadas y sus funciones (Jordan, 1985; cit. En González, 1990). Como consecuencia de su aparición se observa aumento de talla, crecimiento de los órganos genitales en los jóvenes, y la aparición de la primera

²Cit. Por González (1990).

menarquia en las mujeres, así como el desarrollo en ambos de las características sexuales secundarias (Semmens y Krantz, 1980).

Blos (1971 ; cit. En González, 1990), define a la pubertad como la manifestación física de la madurez biológica y destaca su importancia al señalar que se produce una transformación de la personalidad que prepara al individuo para la adolescencia.

Dentro de los conceptos actuales de la Psiquiatría y la Psicología se establece que su inicio no coincide, sino que es posterior a la pubertad; entendiéndose como adolescencia el conjunto de fenómenos psicológicos y sociales que ocurren durante ésta etapa (López, 1988).

Para Cobos (1983), en la adolescencia a diferencia de cualquier otro período de la vida, es preciso que sociedad e individuo coincidan en su entendimiento para lograr una reconciliación entre el mundo externo e interno, es decir, que la adolescencia es un proceso de transición que transforma en adulta la función psicológica del niño, lo cual permitirá adoptar posteriormente un rol social definido.

Grinder (1986), considera a la adolescencia como un estado de autoafirmación, que genera una nueva orientación al afecto, propiciando la ambivalencia, confusión e inestabilidad de ideas e intereses personales y sociales.

1.2 Personalidad de los adolescentes.

Los cambios psicológicos que se producen y que son el correlato de los corporales, lo llevan a establecer una nueva relación con los padres y con el

mundo. Lo cual sólo es posible si se elabora el duelo por el cuerpo del niño, es decir, por la identidad infantil y por la relación con los padres en la infancia. El adolescente debe aceptar la pérdida de su cuerpo infantil cuando las características sexuales secundarias lo ponen ante la evidencia de su nuevo status (Aberastury y Kobel, 1989).

El duelo frente al crecimiento, implica al Yo y al mundo externo y las diferencias entre el crecimiento del cuerpo y la aceptación psicológica de ese hecho son mayores cuando el cuerpo cambia rápidamente y como consecuencia se incrementa la angustia. Esto podría explicar el hecho de que el joven sienta la necesidad de observarse constantemente ya que le permite estar al tanto de todos los cambios que en él se operan (Hoorcks, 1986; cit. En González, 1990).

Cualquier modificación seria que se produzca en el cuerpo requiere un cambio o reorganización en su conjunto del concepto de sí mismo (Rappoport, 1986).

En la adolescencia propiamente dicha, existen polaridades emocionales; amor-odio; actividad-pasividad; fascinación-indiferencia; siendo los cambios conductuales reflejo de los cambios psicológicos. Este estado de ambivalencia enfrenta al Yo que debido a su relativa madurez la siente como una situación intolerable; por lo que las conductas negativistas, opositorias o de indiferencia son las exteriorizaciones del estado ambivalente que ha penetrado en la personalidad del joven (Ajuriaguerra, 1983).

El desarrollo psicológico del adolescente comienza cuando la relación con los padres que era primordial en la vida emocional, poco a poco es

desplazada, y nuevas figuras cobran importancia; al principio serán del mismo sexo y paulatinamente el interés se orientará hacia el sexo opuesto (López, 1988).

La pérdida del Yo es, a través de la adolescencia una amenaza constante a la integridad de la organización psíquica y da origen a tipos de conducta que parecen anómalas, sin embargo, son esfuerzos por mantener el proceso adolescente mediante un vuelco inadaptado hacia la realidad (Blos ; cita. En González, 1990).

El desarrollo de la identidad tiene sus orígenes en los logros del primer proceso de separación-individuación que se lleva a cabo en los primeros tres años de vida; cuando el niño logra la diferenciación entre la representación mental (emocional) de la madre y la autorepresentación. Este primer proceso se produce a expensas de un desarrollo cognoscitivo que permite el sentido de realidad y la primera noción de identidad (Lehalle, 1976).

Durante la adolescencia se lleva a cabo un segundo proceso de individuación a través del cual el joven se desvincula de los objetos infantiles internalizados. Este proceso se interrelaciona necesariamente con el desarrollo cognoscitivo del pensamiento abstracto característico de esta etapa, así como a la regresión obligatoria que en ambos períodos de la vida ocurre como mecanismo promotor del desarrollo y no como mecanismo defensivo. En la adolescencia la resolución del complejo edípico negativo aunada a la individuación con el consecuente desarrollo del ideal del Yo, proporciona la posibilidad de que el joven distinga claramente lo que es, de lo que quisiera ser; es decir, esto le da la capacidad de autocrítica que lo lleva a renunciar a los

sentimientos de omnipotencia y autoperfección infantiles provocados por la vinculación con los objetos primarios (Blos, 1981; cit. En González, 1990).

Es lógico que todas estas modificaciones las viva el adolescente como un momento de inestabilidad, desequilibrio y confusión que desembocan en una crisis denominada "Crisis de Identidad" (Erikson, 1985).

Para Bautista (1988; cit. En González, 1990), el proceso de construcción de la nueva identidad, así como su consolidación se caracteriza por ser algo más que un proceso biológico; es un complejo mecanismo psicológico, afectivo y social, con raíces en los cambios de maduración sexual y de desarrollo corporal. Al enfrentar un nuevo estilo de vida el adolescente necesita modificar y encontrar intereses así como, trascender los antiguos preceptos, para encontrarse a sí mismos. Ante la lucha por ser él mismo, rechaza generalmente a sus padres como modelos de identificación. La presencia externa de los padres, empieza a ser innecesaria, sin embargo, las figuras parentales están internalizadas e incorporadas a la personalidad del joven por lo que éste puede iniciar un proceso de individuación (Solórzano, 1972).

La actitud adolescente se ve impregnada de negativismo que se manifiesta en oposición y rechazo a opiniones y consejos provenientes de los padres así como rebeldía a las normas familiares y sociales (Semmens y Kranstz, 1980).

Estas actitudes van encaminadas a lograr una separación que en contraste con la individuación, se refiere a la actuación de los intentos de independencia en el presente y en relación a las figuras de los padres de la

actualidad. En la infancia, es parte del proceso mediante el cual el niño se separa psicológicamente de las figuras presentes de sus padres (López, 1988).

La tarea del adolescente consiste en separarse de las relaciones inmaduras que mantiene con sus padres, crearse un firme sentido del valor, y redoblar sus esfuerzos en la empresa progresiva encaminada al establecimiento de relaciones nuevas y firmes a medida que se va preparando para entrar al mundo adulto (Horrocks, 1986; cit. En González, 1990).

Se podría afirmar que sólo un sentimiento sólido de identidad señala el fin de la adolescencia y condiciona una madurez más amplia y verdaderamente individual. Sin embargo, tal identidad depende mucho del apoyo recibido de los grupos sociales que le son significativos y que le permiten a su vez desarrollar un sentimiento de identidad colectiva. Por medio del establecimiento de nuevos vínculos con los miembros del grupo, tratará el joven de reemplazar los viejos vínculos que lo unían al grupo familiar, defendiendo así su propia independencia y libertad frente a sus padres. A la vez tratará de encontrar en sus padres, modelos que le brinden una identidad diferente a la del grupo familiar (Monroy, 1985).

Cuando los adolescentes no concuerdan con los valores que se ofrecen, y cuando no logran una síntesis interna, eligen lo que Erikson,³ ha llamado "Identidad Negativa", basada en identificaciones con figuras negativas pero reales. Lo que, constituye una de las bases del problema de las pandillas de delincuentes, adictos a las drogas, grupos de homosexuales, etc. En ocasiones existe una carencia de figuras con las que se puedan hacer identificaciones

positivas y entonces, en la necesidad de tener una identidad para poder abandonar la infantil, recurren a este tipo de identificación anómala.

El grupo de compañeros y amigos de la edad adquieren extrema importancia, ya que representan apoyo al sentido de realidad, y satisfacen la necesidad que se tiene de confrontar sus fantasías y realidades, tanto en torno a la vida social presente, como en torno a la relación actual con sus padres (Barriguete, 1983).

1.3 Las relaciones familiares

Aunque el adolescente necesita la guía y protección de los adultos; rechaza su dependencia, pues teme que se obstaculise su marcha hacia la individuación. Esto significa que no tolera que lo traten como niño cuando está consciente de que está creciendo, no obstante, puede a la vez someterse a sus padres por miedo a crecer. El miedo lo lleva a sentimientos de los padres o bien aislarse psicológicamente de ellos (Cameron, 1988; cit. En González, 1990).

Hay conflictos aun en los hogares donde los padres se esfuerzan por ayudar al joven. Con frecuencia los padres son inconstantes en la manera de tratar a sus hijos adolescentes, a quienes tratan a veces como niños y otras como adultos. El comportamiento paterno contradictorio es probablemente el que más daño puede ocasionar, pues crea confusión e inseguridad. No es raro que los padres ejerzan sobre los hijos una presión inadecuada en su intento por ayudarlos a evitar los tropiezos, que ellos mismos experimentaron al crecer. Se

³ Erickson, 1985. Sociedad y adolescencia.

sorprenden y se sienten heridos al percibir que el joven rechaza tales intentos e insiste en tener sus propias experiencias. Es necesario permitirle experimentar nuevas cosas por sí mismo, lo que tal vez le permita darse cuenta de que en ocasiones sus padres tienen razón y que en realidad trataban de ayudarlo. Eventualmente llegará a aceptar las ideas paternas de las cosas que puede evitar, pero no aceptará todos sus puntos de vista, es decir, continuará buscando sus propias experiencias y es probable que sea una forma positiva de reaccionar, ya que le ayudará a desarrollar patrones de conducta adecuada a la vida adulta (Hurlock, 1987; cit, en González, 1990).

La adolescencia puede ser una etapa difícil tanto para el joven como para los padres, pues frecuentemente se presentan malentendidos y frustraciones mutuas.

Desde el punto de vista social, el padre es quien pone límites, quien establece reglas, y exige su cumplimiento; éstas son necesarias para el logro del control de impulsos y el establecimiento de la capacidad de demora, permitiéndole al niño a su vez aprender los roles sociales y sexuales de la infancia (Peniche, 1985).

Pero si por el contrario, existe la imposibilidad del padre por ausencia real o funcional de poner límites y controlar la impulsividad, tal situación puede ser determinante y reflejarse en muy diferentes grados de conducta antisocial como son: el robo, la destrucción, la vagancia o la fuga del hogar (González, 1984).

En un nivel motivacional más profundo, el crecimiento puede resultar amenazante para los padres, ya que por un proceso de identificación inversa de los padres con el hijo, se reavivan los temores y conflictos de su propio pasado de adolescentes; así en la medida que el joven se asemeja más a un adulto, uno de los padres o ambos pueden verlo como competidor u oponente en potencia, o como una nueva fuerza que altera el equilibrio de poder en la familia. O bien su mera presencia física, puede servir como recordatorio de la edad de sus padres, situación que en ocasiones se presenta amenazante para personas que viven en una sociedad orientada hacia la juventud (Carneiro, 1987; cit. En González, 1990).

Tampoco es raro que los padres fijen metas para sus hijos que ni son apropiadas, ni se basan en la realidad. Pueden estar motivados por el que ellos consideran como los mejores intereses para sus hijos, pero por otra parte, fijan metas a manera de satisfacer algunas necesidades básicas propias. En muchos casos, las metas paternas no satisfacen las necesidades del joven e incluso ni van de acuerdo con sus habilidades e intereses. El problema surge cuando se carece de la capacidad para alcanzar la alta meta que se le ha fijado, pues la decepción de los padres por su fracaso, con frecuencia se refleja en rechazo, generalmente inconsciente.⁴

La relación con el medio sociofamiliar que le rodea, es un proceso donde cada una de las partes se modifica a expensas de la otra. Por lo que son de especial importancia las sensaciones de haber fracasado en el rol paterno, es decir, si la conducta del padre muestra exagerados sentimientos de desilusión

por el hijo, que no ha cumplido con sus elevadas aspiraciones y se siente fracasado en su necesidad de conseguir un éxito a través del desempeño sobresaliente del hijo. En tales casos la mera relación con el joven provoca inconformidad, tensión, ansiedad, irritabilidad; el padre puede alejarse y tomarse vengativo. Así se desencadena un círculo vicioso donde el hijo sufre y este sufrimiento incrementa el dolor del padre por su fracaso. Esta interrelación necesariamente tiene efectos en las relaciones con la madre y los hermanos que se traducen en la desorganización de todo el sistema familiar (Ackerman, 1988).

En el aspecto negativo, cuando los esfuerzos de los padres buscan ejercer un fuerte control y dominio, se crea una de las principales fuentes de perturbación psicológica ya que se pueden presentar escenas violentas o incluso el abandono del hogar. O bien en lugar de elaborar la fricción con los padres y encontrar nuevas fuentes de confianza en sí mismo, en su habilidad por defender su causa, se retira y en tal caso la conformidad puede convertirse en su única fuente de confianza (Rappoport, 1986).

Es indudable que en el momento de la separación emocional hay dolor en ambas partes. Algunos padres tienden a entristecerse al ver que sus hijos crecen y los necesitan menos; incluso pueden sentir que la independencia del hijo es una desertión cruel, una traición a la confianza y al amor que se le ha dado. Al adolescente por su parte, este período puede parecerle de incompresión inevitable por parte de las personas en quienes confió en el pasado (Camerón, 1988; cit. En González, 1990).

⁴ Ackerman, 1988. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares.

Sin embargo, también existen padres que aceptan que los jóvenes tengan suficientes experiencias para desarrollar actitudes y posturas independientes. Pero para lograrla se requiere de un ambiente facilitador que en forma suficiente le ofrezca los recursos que la adolescencia, como proceso, requiere. Es decir, se requiere que los padres estén presentes y disponibles para satisfacer la necesidad de apoyo y protección. Aunque esta necesidad sea ambivalente, es decir, el hijo busca rechazar la protección pero también que dicha protección esté disponible (Stone y Church, 1980).

De lo anterior, podemos concluir, que las modificaciones en el cuerpo de las adolescentes, las enfrenta a una pérdida de la infancia y a una reestructuración del sí mismo; en donde sus vínculos emocionales se ven alterados por la labilidad emocional que ellas presentan. Inclusive, el mundo externo pudiera ser percibido desde ellas como amenazante (la familia, la escuela, en general las instituciones).

El conflicto que les genera el tener que integrar ese nuevo cuerpo y otra imagen de sí mismos y del mundo, las vuelve vulnerables a tomar decisiones impulsivas y a no percibir otras alternativas; por lo que en los casos de angustia extrema, el intentar contra su vida, puede convertirse en una opción.

2.- SUICIDIO

2.1 DEFINICION Y ANTECEDENTES HISTORICOS

El suicidio ha sido conocido desde que el hombre ha existido, sin embargo el término "suicidio" es relativamente reciente; es aproximadamente en 1651 cuando aparece en el diccionario de Oxford, en el idioma inglés, en el que se explica que se deriva del latín "sui", si mismo y "coedere", matar (Faberow y Sheidman, 1969).

En algunas culturas este modo de morir no era distinto del fallecimiento por causas naturales; y otras, particularmente en el Cristianismo Occidental el matarse a sí mismo fue considerado como antinatural y en algún tiempo ilegal (Barraclough and Shepherd, 1994)

La actitud dominante hacia el suicidio, en la mayoría de las culturas en casi todos los períodos de la historia, ha tenido algo en común con aquella hacia el homicidio: ambas son temidas y prohibidas aunque por diferentes causas.

Durante la Edad Media, uno de los privilegios característicos del poder soberano fue el derecho de vida y muerte de sus súbditos en función de su beneficio; por lo cual durante esta época el suicidio fue considerado como un acto repudiado y prohibido (Foucault, 1977).

La postura de la iglesia ha sido semejante pero sustentada en bases diferentes, argumentaba que el suicidio no era natural, que cada hombre era miembro de alguna comunidad y el suicidio por tanto era antisocial y que la vida era un don de Dios y como tal no correspondía al hombre acabar con su vida.

Sin embargo Hume en el siglo XVII proclama el derecho del hombre a disponer de su propia vida y señala que en ningún pasaje de las escrituras se prohibía el suicidio (Faberow y Shneidman, 1969).

Kant (cit. en Stengel, 1965) por otra parte, consideró al suicidio como una ofensa contra los principios supremos del deber que para él eran como una ley universal de la naturaleza.

Para Rynearson (1981), el suicidio es la elección interna por la no existencia.

Existen algunas investigaciones como las de Stengel (1965), que afirman que el hombre es el único que puede desear su muerte y de hecho matarse él mismo y considera además, que la conducta autodestructiva no asociada a la idea de muerte, no puede ser vista como suicidio.

El uso del término suicidio puede agruparse generalmente como situacional, legal y médico. El primero se refiere a la descripción deliberada de la intención de matarse uno mismo y el riesgo considerado como fatal potencial. En el ámbito médico, es determinado cuando la evidencia es consistente con la intención de la persona de morir por su/sus acciones. Finalmente desde el enfoque legal, suicidio se comete cuando una persona voluntaria y conscientemente realiza un acto con el propósito de destruir su vida, para lo cual se tienen que mostrar evidencias (Burton, Chamberg & Gill, 1985; cit. en Barraclough & Shepherd, 1994).

Como podemos observar, el suicidio ha sido percibido diferencialmente; en la actualidad, las actitudes hacia el suicidio de repudio y represalia han sido

sustituídas por la comprensión de que cualquiera que trata de quitarse la vida está enfermo o es presa de una gran angustia y necesita por ello ayuda médica y social (Stengel, 1965).

Sea cual fuere la concepción sobre el suicidio, lo cierto es que evidencia el desequilibrio mental-emocional del ser humano, que se manifiesta en la imposibilidad de enfrentar satisfactoriamente su existencia.

2.2 Explicación Psicodinámica acerca del suicidio

Para las personas la vida tiene un gran atractivo aún cuando se encuentren en su punto más doloroso. Según Einstein⁵, cada una de las partes del ser humano desea vivir. Entonces, ¿Cómo es que alguien es empujado a llevar a cabo algo que pueda destruir la posesión más preciada de su propia existencia? Enfermedades, pérdidas, cólera, conflictos, desesperanza, son algunas razones que da el sentido común y que han sido reportadas por los estudios más objetivos. Estas son experiencias humanas difíciles; sin embargo, no explican suficientemente cómo algunos individuos obedecen sus impulsos autodestructivos, mientras que otros aún dentro de semejantes situaciones trágicas las asimilan para un mejor desarrollo posterior.

De acuerdo tanto a experiencias clínicas como a estudios, las razones psicodinámicas más frecuentes en los intentos de suicidio según Emerich (1988) son:

- 1.- El agotamiento de los recursos personales del Ego.

⁵ Citado en Emerich, 1988.

2.- El agotamiento de los recursos tanto de la familia como del contexto social y la falta de significados alternantes, sea de la familia como del mundo social.

3.- La presencia de una crisis que no tiene solución por los mecanismos habituales de lucha.

4.- La necesidad de prolongar o mantener la homeostasis patológica más frecuente, utilizada para prevenir cambio o separación.

5.- La necesidad de encubrimiento del estado patológico.

De acuerdo con Emerich (1988), los puntos psicodinámicos más sobresalientes, no sólo de los suicidas, sino de sus familias son:

1.- Mecanismos de defensa descompensados.

2.- Fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento.

3.- Problemas con el control de impulsos.

4.- Tendencia hacia la disociación y alteraciones de la conciencia debido al estrés.

5.- Rasgos psicóticos en el 90% de los pacientes psiquiátricos.

6.- Signos de organicidad.

7.- Ideación específicamente suicida .

Desde el punto de vista interaccional⁶, cuando el coraje se dirige al exterior se establece una relación entre el que lo manifiesta y el que lo recibe. Como la interacción se puede dar a muchos niveles, desde verbal a físico, las

dos personas que interactúan lo harán de la misma manera en el manejo de la agresión que en el resto de la relación. Cada persona posee múltiples formas para demostrar el sentimiento :*"Desearía que te murieras"*, y la manera elegida es la más directa o indirecta de acuerdo con las reglas que operen en la relación. El deseo de la muerte de otro se presenta aparentemente incompatible con el pensamiento suicida. ¿Por qué una persona piensa en quitarse la vida cuando en realidad quisiera matar a alguien más? La ley del Talión se puede exponer, desde el punto de vista interaccional, de la siguiente manera: *"Yo quiero matar a alguien, por lo tanto yo me mato"*. La situación se resuelve cuando la persona suicida llega a la conclusión de que al matarse, puede matar a la otra persona de una manera simbólica⁷.

Según el autor anterior, el propósito de la muerte simbólica es asegurarse de que el sobreviviente debe vivir con un recuerdo constante de la tragedia y debe sentirse responsable de ésta. El sobreviviente está condenado, en su recuerdo, a cadena perpetua. Al cometerse el acto suicida se presenta una inversión involuntaria de papeles ya que el asesinato secreto del suicida provoca que el sobreviviente adquiera el papel de asesino. El asesino "muere" y el suicida "mata".

⁶ Emerich, 1988. Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Terapia Familiar, en México. 1986.

⁷ "La melancolía rebasa la más de las veces el claro acontecimiento de la pérdida por causa de muerte y abarca todas las situaciones de afrenta, de menosprecio y de desengaño en virtud de las cuales puede instilarse en el vínculo una oposición entre amor y odio o reforzarse una ambivalencia preexistente. Si el amor por ese objeto se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en ese sufrimiento una satisfacción sádica. Ese automartirio de la melancolía, inequívocamente gozosa, importa en un todo como el fenómeno paralelo de la neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y de tendencias al odio que recaen sobre un objeto y por la vía indicada han experimentado una vuelta hacia la persona"...este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por lo cual la melancolía se vuelve tan interesante y ... peligrosa..."⁷

2.3 Estadísticas Internacionales

En un estudio llevado a cabo por la Agencia de la Salud Mental de la OMS⁸, se informa sobre las innumerables diferencias metodológicas en el establecimiento de las estadísticas oficiales de 24 países. Por ello hay que *considerar las estadísticas con reservas*, tanto más cuando las tasas internacionales se dan por series de 10 años.

Sin embargo, según la OMS, podemos fiarnos de ellas para el análisis de las tendencias, ya que pese a sus errores siguen siendo válidas (Dolto, 1982).

De acuerdo a la OMS (cit. en Terroba, Saltijera, Heman y Martínez, 1986) se calcula que cada día se cometen por lo menos 1000 suicidios y que ocho de cada diez personas ya lo habían intentado. En Europa y América se considera como una de las cuatro principales causas de defunción.

Las tasas más altas se encuentran en Europa Central y Continental: Suiza, Austria, Hungría, Checoslovaquia, Alemania, Dinamarca, Finlandia y Suecia. Además Japón y Estados Unidos (Dolto, 1982).

Ya Durkeheim (1990), había mencionado que en cada sociedad se tenía que esperar un cierto número de suicidios y que sólo en caso de que se presentarán ciertas fallas en la estructura social habría un notorio incremento en las tasas de suicidios, pues, según él entre los miembros de las familias numerosas y muy religiosas resultaba relativamente improbable el suicidio.

Actualmente, quizá justamente porque la familia extensa, al menos en los medios urbanos, se ha transformado en una familia nuclear o desintegrada; y el hombre moderno, ferviente creyente de los logros técnicos y científicos, se

inclina menos por la religiosidad, la tendencia al suicidio ha aumentado, especialmente en los países más desarrollados. Es a raíz de este aumento que se generó un gran interés por el suicidio. Pero sobre todo, llama la atención el hecho de que el índice de suicidio en niños y adolescentes va en aumento en todo el mundo. En Inglaterra, el suicidio en jóvenes entre 15-19 años de sexo masculino aumentó de 23 a 57 por millón de 1960 a 1990: lo que equivale a 148% más. En el caso de las mujeres, se observa que el índice se mantiene constante de 21 a 23 por millón, durante el período señalado; es decir, la proporción de suicidio en hombres fue 4 veces mayor a la de mujeres (McClure, 1994).

Mientras que en Japón, desde 1965 a 1975, el número de suicidios de menores de catorce años se ha doblado de 46 al año a 95. En el caso de menores de veinte años, la cifra de suicidios ha fluctuado durante mucho tiempo en torno de los setecientos casos anuales, pero a partir de 1977 comenzó a aumentar de una manera alarmante (919 casos en 1979). A partir de 1980, según Dolto, la tendencia ha disminuido nuevamente (678 casos en 1980). No obstante el descenso del índice durante 1980. Actualmente sabemos que los índices de suicidio en Japón han incrementado considerablemente.

En Estados Unidos, la segunda causa de muerte entre los jóvenes después de los "accidentes" es el suicidio, según las estadísticas el número de suicidios de jóvenes entre 15 o 24 años de edad se ha duplicado en los últimos años. En 1985 más de 6000 adolescentes se suicidaron, lo que corresponde

³ "Suicidio y tentativas de suicidio". Cuadernos de Salud Pública, 1974, analiza las defunciones por suicidio, las divergencias estadísticas y de los porcentajes en los diferentes países.

aproximadamente a 17 suicidios cada día si contamos solamente los suicidios consumados y considerados como tales⁹ (Dolto, 1982).

Por otra parte, en Dinamarca en un estudio realizado por Bille-Brahe & Jessen (1994), basado en los datos de las estadísticas que reportan el suicidio como la causa de muerte registrada durante 70 años (en el período de 1922-1991), contrariamente a la situación de otros países, no se observó un considerable aumento. Sin embargo, que había períodos en los que más se presentaba.

Lo anterior sugiere remitirnos a los factores psicosociales asociados a los períodos históricos como factores que inciden en la ambigüedad de los datos en esta investigación.

Actualmente, quizá justamente porque la familia extensa, al menos en los medios urbanos ha cambiado a familia nuclear o a la desintegración familiar; y el hombre moderno, ferviente creyente de los logros técnicos y científicos, se inclina menos por la religiosidad, la tendencia al suicidio ha aumentado, especialmente en los países más desarrollados. Es a raíz de este aumento que se generó un gran interés por el suicidio. Pero sobre todo, llama la atención el hecho de que el índice de suicidio en niños y adolescentes va en aumento en todo el mundo. En Inglaterra, el suicidio en jóvenes entre 15-19 años de sexo masculino aumentó de 23 a 57 por millón de 1960 a 1990; lo que equivale a 148% más; en el caso de las mujeres, se observa que el índice se mantiene constante de 21 a 23 por millón, durante el período señalado; es decir, la

⁹ Según los expertos, por cada suicidio declarado como tal, habría dos o tres suicidios más, informados como accidentes por la familia; y por cada suicidio logrado, aproximadamente unas cien tentativas de suicidio, lo que quiere decir que diariamente ms de

proporción del suicidio en hombres fue 4 veces mayor a la de mujeres (Mc. Clure, 1994).

En Estados Unidos la segunda causa de muerte entre los jóvenes, después de los "accidentes" es el suicidio, según las estadísticas el número de suicidios de jóvenes entre 15 y 24 años de edad se ha duplicado en los últimos años. En 1985 más de 6,000 adolescentes se suicidaron, lo que corresponde aproximadamente a 17 suicidios cada día si contamos solamente los suicidios consumados y considerados como tales (Dolto, 1992).

2.4 Datos estadísticos en México

En nuestro país en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2120, lo que representa un aumento de 282%; sin embargo este aumento es más notable en la población masculina (170%), en contra de la femenina (70%) (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994).

De acuerdo a los datos reportados por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1991), el número de suicidios registrados en 1993 en la República Mexicana, fue 3 veces mayor que en 1983. En total hubo 1957 suicidios, presentándose en el Distrito Federal el 18% de los casos, lo que lo coloca como la entidad federativa donde se manifiesta con mayor medida esta problemática. Le sigue: Veracruz, Chihuahua, Estado de México y Tabasco.

La mayoría de los suicidios registrados en este país los realizó la población en edad económicamente activa, 20-24 años en hombres (el 15 % de la población total) y 15-19 años en mujeres (el 20% del total de suicidios registrados).

Lo más próximo al suicidio es lo considerado como intento de suicidio, cuando el paciente se autolesiona con la idea de morirse, aún en el caso de que los tóxicos que ingiera o las lesiones de otro tipo que se produzca, no basten para morir y constituye una proporción significativa de todas las emergencias psiquiátricas en gente joven (Saffer & Piacetini., 1994; cit. en Piaceniti y cols. 1995)). Por lo cual también es objeto de estudio.

Continuando con los índices en nuestro país, en los intentos de suicidio captados en 1980 se identificó un crecimiento de 21.7 por año. Tristemente se *ha encontrado que el número de quienes los logran es mayor al de quienes ven frustrado su intento*. Así el elevado índice de 95% de los intentos registrados durante 1993 desafortunadamente se consumaron. Sin embargo, esta relación cambia si se analiza considerando la variable sexo en la población suicida, ya que se observó que de cada 100 hombres que intentan el suicidio 97 lo logran y por cada 100 mujeres, que intentan atentar contra su vida, 84 lo consuman.

Otro importante dato es el porcentaje de intentos de suicidio, en nuestros adolescentes, dado que durante 1992, el 27.8% de los intentos de suicidio correspondieron a esta población específica (INEGI, 1994).

2.5 Pensamientos Suicidas

Sin duda el primer eslabón de la cadena suicida son los pensamientos de autodestrucción que se ha encontrado antecede al intento de suicidio en una proporción relativamente alta, al respecto, Paykel y cols. (cit. en Golberg, 1981) en un estudio realizado en Estados Unidos, encontraron un porcentaje de ideación suicida de 9.6 en personas entre 18 y 39 años de edad.

No obstante, otras investigaciones apoyan que las personas albergan pensamientos ambivalentes hacia el intento de suicidio. Heman (1984), encontró que no existía una verdadera razón motivacional subyacente al acto, que las personas no tienen un interés real de morir. Lo cual apoya lo mencionado por Kovacs y Beck (cit. en Heman, 1984), quienes encontraron en un estudio que el 50% de su muestra indicaron que en el momento del intento de suicidio, tenían deseos tanto de vivir como de morir. Esto fue anteriormente mencionado por Shneidman y Stengel.

Deykin y cols. (1994), analizaron la relación entre varios tipos de ideación autodestructiva y la ocurrencia de intentos de suicidio, obteniendo que no hay una dependencia de una con respecto a la otra. El juicio convencional nos sugiere una decisión mórbida que precede al intento de suicidio. Sin embargo, la temporalidad de la secuencia sólo puede aclararse con un estudio longitudinal de uno u otro caso designado, en el sentido de seguir el proceso de cómo se entrelazan los sentimientos ambivalentes para identificar pautas o patrones en sus cogniciones que deriven el que la persona se incline por una camión de muerte o por una opción de vida.

2.6 Factores asociados al intento de suicidio

La literatura sobre parasuicidio en niños y adolescentes, indica que los jóvenes que intentan autolesionarse, casi invariablemente provienen de un sistema psicosocial alterado. Generalmente hay una historia de separación y pérdidas repetidas. Y de padres con habilidades de enfrentamiento inadecuadas, que tienen dificultades en organizar sus propias vidas y no están al tanto de los problemas de sus hijos. Con frecuencia el joven tiene una larga historia de problemas de conducta y académicos, así como de dificultades interpersonales (Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins y Shrout, 1990).

A través de los años han surgido varios mitos en torno al suicidio, Davidson (1992), señala que algunos de éstos y las realidades asociadas a ellos son: 1) Mito: "La persona que habla de suicidio difícilmente lo intenta o lo comete"; Realidad: "70% a 75% de los jóvenes que intentan o cometen el suicidio, dieron pistas verbales de sus intenciones en las semanas previas. Toda amenaza de suicidio debe tomarse en serio". 2) Mito: "Los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención"; Realidad : "La búsqueda de atención pudiera ser una ganancia secundaria en algunos casos, pero debe hacerse todo tipo de esfuerzo para entender las causas subyacentes". 3) Mito. "La persona suicida está eligiendo la muerte mas que la vida"; Realidad : "La mayoría de las personas suicidas están abrumadas por sus problemas y presentan dificultades para encontrar soluciones. EL problema principal no es que quieran morir, sino el encontrar alguna manera de seguir viviendo". 4) Mito: "Todas las personas suicidas están deprimidas"; Realidad "El comportamiento suicida está significativamente asociado con otros trastornos psiquiátricos y factores

medioambientales de alto riesgo. 5) Mito: "Propiciar que la juventud hable acerca del suicidio es incrementar el riesgo y plantar las semillas del mismo"; Realidad: "Si se analiza adecuadamente el comportamiento suicida aumentan las posibilidades de prevenirlo o intervenir oportunamente", 6) Mito: "Los niños no piensan en suicidarse"; Realidad: "Existe negación del problema"

Dentro de los factores asociados a la ideación suicida y al suicidio consumado se encuentra la manifestación de síntomas psiquiátricos y en particular en personas que presentan elevados niveles en depresión (Pokorn, 1969; Goze, 1976; Temoche et. al, 1964; Valdivort y Locke, Parkel y cols, 1974; Beck, 1973; Lester, 1977; Olman, Fridman, 1963; Rosenthal, 1966; Lleman, Paykel, 1970; 1976; cit. en Goldberg, 1981).

Considerando lo anterior, Goldberg (1981) realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados a los elevados niveles de ideación suicida en adolescentes, encontrando que la población entre 18 y 24 años de edad, el 10% reportó haber tenido ideas suicidas durante el último mes, en la edad comprendida entre 21 y 22 años, el 12.8%. Niveles altos de depresión fueron presentados por 193 personas de su muestra, es decir, el 29.25%, de esta proporción una parte considerable se manifestó en jóvenes entre 18 y 20 años de edad (30.2%). Además el 60% de los sujetos que reportaron ideación suicida, también presentaron altos niveles de sintomatología depresiva. Cabe señalar que sólo la ocupación fue estadísticamente significativa ($p < .05$), fueron los estudiantes quienes presentaron pensamientos suicidas más constantes. Las otras variables consideradas como el padecer alguna

enfermedad , agresión y la pérdida de alguno de los padres a temprana edad se reportó sólo en los adultos de edad avanzada.

Kosky, Silburn y Zubrick (1990), compararon niños con ideación suicida y niños que habían intentado suicidarse, encontrando factores tales como: problemas familiares y abuso de sustancias como indicadores asociados con el intento de suicidio(5% y 22% respectivamente).

Por otra parte, Kjelsberger, Neegaard y Dahl (1994), identificaron una combinación de factores de riesgo con un poder predictivo de intento suicida del 84%. Tales factores fueron: falta de apoyo familiar, abuso verbal, serias pérdidas antes de los 2 años de edad, síntomas depresivos, actitud de rechazo a la ayuda, dificultades de aprendizaje, baja autoestima y mecanismos de defensa inmaduros.

Existe un amplio rango de comportamientos suicidas que proporcionan un "algo" que abarca muchas enfermedades, trastornos y problemas de vida; el factor común en casi todos los casos de comportamiento suicida es la angustia, que llega a ser intolerable (Davidson, 1992).

González-Forteza y Andrade (1995), realizaron una investigación en adolescentes mexicanos cuyo objetivo fue delimitar las correlaciones intra e inter escala de las dimensiones de: afecto, comunicación y control del padre y de la madre, con los recursos del apoyo familiar, de los amigos, o de nada; e identificar su relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida de los estudiantes adolescentes de educación media básica. Diseñaron la Cédula de Redes de Apoyo y aplicaron las escalas de relación con el Padre y con la

Madre. Para evaluar el estado emocional aplicaron la Escala de Depresión CES-D, y tres reactivos de ideación suicida. encontraron que en los varones, la preferencia por el apoyo familiar se relacionó con el afecto del padre y con el afecto, comunicación y control de la madre; mientras que las mujeres, además de las mencionadas, también fue significativa la comunicación con el padre. Respecto a la sintomatología depresiva o ideación suicida -malestar emocional-, ninguna variable se correlacionó con el nivel de significancia establecido ($p < .001$); sin embargo en las mujeres sí. La comunicación con el padre, la comunicación con la madre, se correlacionó negativamente con el malestar emocional, en tanto que "ningún apoyo" se correlacionó positivamente.

Por otra parte, López y cols. (1995) en un estudio realizado también en adolescentes mexicanos, con una muestra del Distrito Federal, abordaron la importancia de la ideación suicida y su asociación con diferentes sustancias. Encontraron que una importante (47%) proporción de los estudiantes presentaron por lo menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al estudio, 17 reportó haber pensado en quitarse la vida, y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos, estos síntomas se presentaron en una proporción relativamente mayor en mujeres, con pocas variaciones entre los grupos de edad entre los 13 y los 19 años.

También aportan que se presenta con más frecuencia entre los estudiantes que toman drogas de uso médico, sin importar si se trata de estimulantes o depresores. Entre los usuarios de alucinógenos es menos frecuente que entre quienes consumen cocaína.

Por otra parte, entre los métodos que más emplean los jóvenes para quitarse la vida, -en particular los ingleses - están: el ahorcamiento, la estrangulación, el envenenamiento y la intoxicación con gas vehicular (McClure, 1994). Terroba y cols. (1980) en un estudio realizado en adolescentes mexicanos, encontraron que el método más utilizado fue el veneno, seguido del gas vehicular y la intoxicación medicamentosa.

Deykin y Bukan (1994), sugieren que el aumento del suicidio en adolescentes se debe principalmente al incremento de competitividad, al haber estado expuesto a algún tipo de abuso, alta incidencia de armas de fuego en el hogar y el incremento de alcohol y drogas. Estas últimas alteran el cerebro, sirven para desinhibir los impulsos suicidas que probablemente de otro modo permanecerían contenidos. Además el uso de sustancias pudo resultar en aislamiento social, distanciamiento de sus familiares, pérdida de oportunidades, fracaso escolar, pérdida de trabajo o verse implicado en cuestiones legales.

Para Mc Clure (1994), acorde con Saffer et. al. (1988) el suicidio es la consecuencia de una compleja interacción de factores precipitantes. Los factores que más afectan son supuestamente la conducta antisocial y los desórdenes afectivos (Hoberman y Garfike, 1988); el incremento de la disfunción familiar, con escaso apoyo del padre. Posiblemente familias pobres, desempleadas y sin hogar. Afectando de manera directa e indirecta a los jóvenes del sexo masculino, como lo demostró Pritchard (1992). Así como el maltrato físico en ambos sexos. Se destaca también que los adolescentes fueron educados con patrones fuera de control, particularmente provenientes de

familias implicadas en alcohol, drogas y crimen con los subsecuentes problemas sociales, arrestos e implicaciones legales en procesos judiciales.

Clark y Faucett (1992, cit. en Kral, 1994) por su parte, han identificado factores un año antes de la muerte, específicamente: estado de ánimo depresivo, experiencia de dolor acompañado con ataques de pánico, labilidad afectiva; patrones obsesivo-compulsivos y severa ansiedad psicológica.

Buie and Maltsberger (1989; cit. en Kral, 1994) proporcionan otra aproximación al suicidio, ellos hablan del concepto de soledad, "subjetivo estado de vacío, frío", sin esperanza, acompañado de miedo, horror o temor; el cual también puede sentirse en grados menores.

Otro factor implicado en el suicidio es lo denominado "experiencia distante" que viven los adolescentes, los homosexuales, los alcohólicos o alguna combinación de ellos. Observándose en estos grupos una experiencia de alienación. Los factores de pertenecer a un grupo o historia de conflicto, cambian a través del tiempo, pero dan un contexto de riesgo potencial.

Shneidman (1993; cit. en Kral, 1994)) recientemente planteó una aproximación mentalista acerca del suicidio, mencionando que sería mejor entenderlo como "conceptos mentales", como dolor o pena, diálogo interno o introspección, en donde surge la idea y es rechazada una y otra vez hasta que es aceptada. El suicidio se convierte en una elección y es activada en la cabeza de la persona.

Dentro de los aspectos clínicos de los parasuicidas Terroba (1984), señala que en relación a los niveles de depresión, se caracterizan por presentar

DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS

depresión moderada; y en cuanto a niveles de ansiedad, reacciones transitorias de ajuste . Así mismo que, no exceden los niveles moderados de letalidad (aplicando la Escala Riesgo-Rescate). Y a través de la escala de suicidio de Beck, encontró que los índices de severidad del acto son moderados.

Morano (1993), realizó un estudio con el fin de explorar algunas variables hipotetizadas como precursores de intento suicida serios en adolescentes sin patología psiquiátrica, encontrando como mejores predictores la pérdida y deficiente apoyo familiar. Observaron también que los adolescentes con intento suicida reportaron más desesperanza que aquéllos sin intento suicida, siendo esto último una evidencia empírica para las afirmaciones de Beck (1974), de que la desesperanza es un fuerte predictor de suicidio más que la depresión. Más aún, las personas que han tenido un intento suicida corren el alto riesgo de repetirlo (Davidson, 1992), de hecho, se ha observado que en la población no clínica el mejor predictor del suicidio consumado son los intentos previos (Vega, Gil, Warheit, Apospori y Zimmerman, 1993). Las investigaciones demuestran tasas de repetición de intento suicida en adolescentes que varían entre 8% y 60% (Davidson, 1992).

Más recientemente, Facio y Tello (1996), en una muestra de adolescentes mujeres cuyo motivo de ingreso a un Hospital Psiquiátrico fue intento de suicidio, investigaron los constructos de ideación suicida, desesperanza, mortalidad del intento (factores de riesgo y rescate) y las circunstancias relacionadas con el intento. Encontraron que respecto a la ideación suicida, el reactivo que se refiere a la duración de los periodos de ideación fue el indicador más importante, ya que quienes tuvieron múltiples

intentos, a su vez fueron quienes reportaron períodos más largos y continuos de ideación suicida; en contraste con la frecuencia de periodos cortos de ideación en las adolescentes con un único intento. Respecto a las circunstancias relacionadas con el intento de suicidio, los indicadores que claramente diferenciaron a las adolescentes con varios intentos fueron: el grado de planeación del intento en términos de una preparación más extensa; las expectativas con relación a la fatalidad del acto fueron de que su muerte sería más probable y certera; y el grado de premeditación tendió a que el suicidio fue contemplado por más de tres horas antes del intento. La desesperanza no alcanzó diferencias estadísticamente significativas para distinguir la conducta suicida múltiple; pero sí se identificaron indicadores de este constructo al comparar entre quienes tuvieron bajos y altos niveles de ideación suicida.

De lo anterior podemos concluir que las estadísticas no evidencian la necesidad de no subestimar esta problemática. Los índices de intento de suicidio en los adolescentes y el hecho de presentarse en mayor proporción en mujeres, hace que nuestro interés se centre en las características de las adolescentes que intentan atentar contra su vida. Ya varias investigaciones han realizado por separado la correlación de intento de suicidio con el objetivo de identificar distintos indicadores, como se mencionó en el capítulo anterior; pero un trabajo que de manera conjunta analice diferentes variables con el intento de suicidio en las adolescentes en México, aún hace falta.

3.- LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR DEL SUICIDA

3.1 La familia como sistema.

Todos los puntos anteriores describen el carácter de las conductas suicidas y todos ellos expresan la necesidad de ayuda inmediata. El acto suicida es por sí mismo la comunicación de que un problema necesita solución. Luego entonces ¿Por qué no solicita ayuda el individuo? La respuesta yace en las reglas de la comunicación, las cuales no permiten al suicida expresar sus conflictos abiertamente ante los demás. Estas reglas, al igual que otros vínculos suicidógenos, son compartidos por todo el núcleo familiar (Emerich, 1988).

Dado que varias investigaciones coinciden en la relación disfunción familiar-conductas suicidas, los vínculos familiares merecen particular atención.

Para la terapia sistémica que en forma aplicada se conoce como terapia familiar, el paciente se considera como el portavoz que expresa el malestar de toda su familia, esta perspectiva además de hablar de una técnica de intervención terapéutica diferente, también habla de otro modo de concebir al hombre, retomando las relaciones familiares como conformadoras de la condición psicológica de un individuo, yendo más allá de las relaciones causales que involucran únicamente la relación organismo-medio ambiente.

La estructura familiar¹⁰ es el conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los estilos de interacción entre sus miembros; es decir, que se concibe como un sistema activo, que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través de ensayo y error, dando la oportunidad a los diversos miembros de experimentar lo que está o no permitido,

hasta llegar a una definición estable de la relación, formando una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo (Andolfi, 1977; Minuchin, 1986).

La primera modalidad transaccional implica reglas universales que gobiernan la organización familiar; de acuerdo con Minuchin (1986) debe existir una jerarquía de poder, en la cual los padres posean un nivel jerárquico superior al de los hijos; además de una complementación de roles de género entre marido y esposa. La concepción estructural de familia propuesta por Minuchin, lo mismo que la visión estratégica de Haley, construyen una perspectiva de jerarquías en que se presupone que los padres están a cargo de los hijos (Branford & Ross, 1985)

La segunda modalidad es ideosincrática, se conforma por las mutuas expectativas de los miembros de la familia, el origen de éstas se encuentra sepultado bajo años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familias, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios; la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada, y es posible que nunca haya sido explícita, pero las pautas permanecen en una acomodación mutua y una eficacia funcional (Minuchin, 1986).

Minuchin propone un modelo de normalidad, el cual define en términos de las habilidades funcionales, rescatando una dinámica familiar efectiva u óptima, en donde lo funcional y lo disfuncional, se definen por la adaptación de un sistema a las demandas de los diferentes contextos sociales y la adecuación a las distintas etapas del desarrollo del ciclo vital.

¹⁰ El término estructura se usa para nombrar a los patrones repetitivos de interacción, que se tornan en rutina y que la

Cuando la familia se encuentra sometida a presión interna, originada por la evolución de sus propios miembros y a la presión externa, originada por los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen a los miembros de la familia, surge un proceso denominado: adaptación familiar, el cual exige un cambio¹¹ constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad (Minuchin, 1986).

Este doble proceso - de continuidad y crecimiento ocurre a través de un *equilibrio* dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación¹². Circuitos retroactivos que actúan por medio de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o, bien hacia el cambio (retroalimentación positiva), (Bertalanffy, 1968).

El sistema familiar se conforma por tres subsistemas interrelacionados entre sí: el subsistema conyugal, que refiere a la pareja; el parental, constituido por los padres y el fraternal, que se conforma por la relación entre los hermanos.

mayor parte de las veces, operan fuera de la conciencia de los miembros de la familia (Levis, 1986).

¹¹ El principio de cambio, sugiere que los cambios en los sistemas se dan por: 1) una influencia de las partes del sistema, 2) un cambio en las partes del sistema. 3) desaparición de una o más partes del sistema. o 4) una adición de partes al sistema (Sieburg, 1985).

¹² Es el cambio que experimenta el sistema al pasar de un estado a otro.

3.1.1 Subsistema conyugal

Minuchin distingue el subsistema conyugal del parental, en que éste último constituye el vínculo entre el subsistema conyugal y el fraternal, recuperando en la pareja la función de la crianza.

El subsistema de la pareja o conyugal posee tareas vitales para el funcionamiento de la familia, sus principales cualidades son la complementariedad y la acomodación mutua. Este subsistema, debe mantener un límite¹³ que lo proteja de las interferencias causadas por las demandas y necesidades de otros subsistemas, deben poseer un territorio psicosocial propio y *constituir un refugio* en el que puedan proporcionarse un sostén emocional mutuo. Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado dado su aislamiento, pero si los esposos mantienen límites demasiado flexibles, otros subsistemas -incluyendo a hijos o familia ascendente. Pueden interferir en su funcionamiento (Minuchin, 1986).

En los conflictos cónyugales crónicos la pareja involucra al niño de las siguientes maneras¹⁴: 1) *triangulación*, en donde cada uno de los padres busca la lealtad del niño y lucha por ella, lo cual hace imposible para el hijo acercarse a alguno de los dos sin sentir que traiciona a otro; 2) en el caso de coalición estable, el hijo se alía con uno de sus padres más comúnmente con la madre, existiendo dos variaciones, a) la que ocurre cuando el padre excluido lucha por ganarse el apoyo del hijo aunque no lo consiga y b) en donde el padre excluido

¹³ El término límite es una metáfora espacial, para indicar la exigencia de autonomía recíproca entre los componentes de la familia, aún reconociendo su interdependencia (Onnis, 1990). También tiene un propósito "filtrante" que permite o inhibe la energía que entra o sale del sistema.

¹⁴ Aberastury. Knobel. 1987. *Adolescencia normal*.

se de por vencido y no busque acercarse a su hijo; 3) en el caso de evitación de ataque, aunque el conflicto conyugal persiste, la pareja se une en contra del niño, quien es definido como el "malo" o "problema de la familia", observándose esta dinámica en el caso del niño maltratado; 4) en el caso de desviación de apoyo, como en el caso anterior los padres se unen para eludir sus diferencias mediante la sobreprotección del hijo, quien se define aquí como "enfermo" o "débil".

3.1.2 Subsistema Parental

El subsistema parental nace con el primer hijo, a medida que el niño crece, los requerimientos para su desarrollo, tanto en su autonomía como en orientación, impone demandas al subsistema parental -se espera que los padres comprendan las necesidades de desarrollo de sus hijos y expliquen las reglas que imponen-. La relación de paternidad requiere las capacidades de guía, control y alimentación; además requiere de autoridad, los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo (Minuchin, 1986).

3.1.3 Subsistema fraterno

Los hermanos constituyen el subsistema fraterno, para un niño, éste se convierte en el primer grupo de iguales en el que participa; en este contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan y en general aprenden unos de otros, elaborando sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir; entablan relaciones de amistad y tratan con enemigos, dentro de un

proceso de aprender de otros y ser reconocidos (Minuchin, 1986). Este proceso promueve tanto sus sentimientos de pertenencia a un grupo como su individualidad, dada la oportunidad de elegir u optar por una alternativa entre varias: estas pautas cobrarán significancia cuando ingresen en grupos de iguales fuera del hogar.

Así mismo, en las familias numerosas los hermanos se organizan en diversos subsistemas de acuerdo a etapas evolutivas, ya que los hijos más pequeños se mueven aún en las áreas de seguridad, alimentación y guía; se diferencian de los hijos mayores en que éstos realizan contactos y contratos con el mundo extra-familiar. Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración (Minuchin y Fishman, 1984).

Numerosas investigaciones se han ocupado de explorar el ambiente intra-familiar, para comprender mejor los síntomas que pueden resultar o estar exacerbados por una relación familiar incorrecta. Livsey (1972), menciona como áreas críticas: a) la familia como factor etiológico, b) los roles familiares como precipitadores o perpetuadores de un desorden y c) el tratamiento de la familia como una unidad o sistema.

3.1.4 Características patológicas en el sistema

Cuando en la familia surge un síntoma, puede verse como si se tratara de un constante recordatorio .en forma simbólica- de la necesidad de cambio, pero al mismo tiempo parece bloquearlo. Minuchin y Fishman (1988), observaron el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno al síntoma y su

portador, y concluyendo que la familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está "enfermo": de modo que podría pensarse que el síntoma del paciente identificado permite mantener la homeostasis familiar (Jackson, 1957)., es decir, logra que el grupo mantenga su coherencia interna y se rija por el "no cambio".

Las tensiones en la familia, que parecen desencadenar los síntomas pueden abarcar a otras personas formando díadas problemáticas, por ejemplo con una abuela, una esposa o una suegra; en la mayoría de los casos, el síntoma surge en una de las partes al verse amenazada su posición en la familia, semejando clanes de competencia (Hoffman, 1987). Por ejemplo, en las parejas complementarias se establece un vínculo donde un cónyuge es supuestamente más poderoso -en realidad es tan frágil y dependiente como el otro-, visto tan sólo en una dimensión lineal, el comportamiento del hijo mantiene este sub-baja dentro de los confines seguros, si se volviera demasiado desigual, el cónyuge que se encuentra abajo podría mostrarse deprimido o desarrollar un síntoma; en cambio si llegara a ser demasiado igualitaria, la pareja sería más simétrica y habría el peligro de escisión. De manera bastante extraña, al desaparecer el síntoma del hijo, es el cónyuge que se encuentra arriba, el que muestra mayor riesgo de un síntoma, como si en ausencia del niño su labor consistiera en impedir que el sub-baja diera vuelta, poniendo en peligro al otro cónyuge. Es muy probable que no exista un ciclo puramente diádico independiente de terceras personas.

Estos triángulos borran las líneas de generación, confunden los límites entre los subsistemas y subvierten la jerarquía familiar, tal como la prescribe una

determinada cultura; al mismo tiempo se asocia con familias tan rígidamente organizadas, que hacen problemático todo cambio en su organización.

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con su incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como producto de ello, la distancia disminuye y los límites se esfuman. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Un sistema de ese tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de stress. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas (Arámbura y Vallejo, 1996).

Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. En términos humanos, aglutinamiento, y desligamiento se refieren a un estilo transaccional o de preferencia por un tipo de interacción, no hay una deferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional. La mayoría de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados. Las operaciones en los extremos, sin embargo, señalan áreas de posible patología. Los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. Los miembros de subsistemas de familias desligados pueden funcionar de forma autónoma, pero

poseen desproporcionado sentido de independencia y de requerir ayuda cuando la necesitan (Arámbura y Vallejo, 1996).

Existen complicaciones o variaciones en el desarrollo de la familia¹⁵ tales como: a) la familia interrumpida, se refiere a la desintegración por la separación o el divorcio de los padres donde los problemas surgen cuando los miembros de la pareja resienten mucho la separación; b) en la familia contraída cuando ésta pierde uno de sus miembros, enfrenta problemas de adaptación si previamente no existía una dinámica familiar funcional; c) en la reconstruida se unen miembros de dos diferentes familias y que requieren establecer una nueva división de roles entre los esposos, entre éstos y los niños o entre los hijos que provienen de los dos diferentes padres.

3.1.5 La familia funcional

Para que una familia pueda tener un buen funcionamiento son necesarios varios factores¹⁶: 1) la relación de pareja debe ser firme, madura y estable, creándose entre cada miembro una relación creativa y una comunicación clara teniendo presente el rol que le corresponde a cada uno de ellos; 2) la autonomía de cada miembro debe ser respetada; 3) la toma de decisiones para la búsqueda de una solución debe ser apropiada para cada problema, no para luchar por el poder; 4) que exista flexibilidad para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exijan de manera que se conserve la homeostasis funcional sin que alguno de los miembros desarrolle síntomas.

¹⁵ Virginia Satir, 1988.

3.2. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS MEXICANAS

Díaz-Guerrero (1984), presenta al pueblo mexicano como un pueblo hospitalario, donde la prioridad la tiene el bien familiar y las relaciones interpersonales sobre los bienes materiales.

Por otra parte, algunas investigaciones (Ramírez, 1976; Leñero, 1983; Cueli, 1982 y 1986), señalan que por lo general hay ausencia del padre, refiriéndose esto no sólo a las ausencia física, sino a la característica de que aunque el padre esté presente es periférico. Esto lleva a que la estructura familiar sea de tipo matrilcal.

Eisenberg y Villegas (1987), en una investigación encontraron que una de las características primordiales de las familias mexicanas es el amalgamamiento.

Santiago Ramírez (1977), habla de familias uterinas en las que la relación madre-hijo es particularmente intensa. Este y otros autores (Reding, 1985 y Pardo, 1984), señalan otros indicadores de amalgamamiento como:

- El compartir en las fiestas fundamentalmente en familia.
- El mexicano que tiene un poco de poder, ayuda a sus familiares.
- La frecuente inclusión de tres generaciones en el sistema familiar.
- Las restricciones que imponen los padres a los hijos, para relacionarse con personas fuera de la familia.

¹⁶ Estrada; cit. En Del Valle. 1991.

3.3. - MODELO CIRCUMPLEJO

Olson y cols. (1979) en base a lo anterior elaboraron un modelo motivados por la búsqueda de criterios claros e instrumentos válidos, confiables y fácilmente manejables, para ser utilizados en el diagnóstico clínico y en la investigación.

El modelo se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La primera tiene dos componentes, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones. Como se explica en el siguiente cuadro:

DIMENSIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR

(Conceptos interrelacionados)

COHESIÓN	DESVINCULADA	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
	Muy Baja	Baja a Moderada	Moderada a Alta	Muy Alta
INDEPENDENCIA	muy alta independencia de los miembros de la familia.	Moderada independencia de los miembros de la familia	Moderada dependencia de los miembros de la familia.	Alta dependencia de los miembros de la familia.
LAZOS FAMILIARES	Lazos externos abiertos; internos cerrados; generacionales rígidos.	Lazos internos y externos semiabiertos; generacionales claros.	Lazos externos semiabiertos; internos abiertos; generacionales claros.	Lazos externos cerrados.
COALICIONES	Coaliciones débiles utilizadas como escapatoria.	Coalición marital clara.	Coalición marital fuerte.	Coaliciones madre-hijo.
TIEMPOS	Tiempo separado de la familia al máximo (físicamente y/o emocionalmente).	Tiempo separados y juntos, es importante.	Tiempo juntos, es importante. Tiempo separados está permitido por razones probadas.	Tiempo juntos a su máximo. Tiempo separados está permitido al mínimo.
ESPACIOS	Espacio separado, es exacerbado tanto física como emocionalmente	Espacio separado se mantiene. Algún espacio familiar.	Espacio familiar al máximo; espacio privado al mínimo.	Poco o ningún espacio privado en casa.
AMIGOS	Amigos individuales, pocos amigos familiares.	Algunos amigos individuales. Algunos amigos familiares.	Algunos amigos individuales. Algunas actividades con pareja y amigos familiares.	Amigos individuales limitados. Se ve a la pareja y a los amigos juntos toda la familia.
TOMA DE DECISIONES	Decisiones individuales	Mayoría de decisiones se toman individuales. Las menos en forma familiar.	Se comparten las decisiones individuales. Mayoría decisiones tomadas pensando en la familia.	Todas las decisiones personales y de relación se deben hacer junto con la familia.

Una baja cohesión familiar (desvinculada), se caracteriza por escasa vinculación y alta autonomía o independencia de la familia.

Una alta cohesión familiar (amalgamada), se refiere a una sobre identificación con la familia, ligazón extrema y limitación a la autonomía individual.

Los niveles intermedios se caracterizan por un balanceado grado de cohesión familiar, lo cual es más adecuado para un efectivo funcionamiento familiar y un desarrollo individual óptimo.

La segunda dimensión, la de adaptabilidad se refiere a la habilidad de un *sistema familiar o marital* para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación, en respuesta a stress situacional y de desarrollo.

Las variables específicas involucradas son: estructura de poder, estilos de negociación, relaciones entre los roles y reglas de relación y retroalimentación positiva y negativa.

El modelo también incluye para esta dimensión cuatro niveles, rígida, estructurada, flexible y caótica.

DIMENSIÓN DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR
(Conceptos Interrelacionados)

ADAPTABILIDAD	CAÓTICA Muy Alta	FLEXIBLE Moderada-Alta	ESTRUCTURADA Moderada-Baja	RÍGIDA Muy Baja
ASERTIVIDAD	Estilos pasivo-agresivos.	Solamente asertivo.	Generalmente asertivo.	Estilo pasivo o agresivo.
CONTROL	No existe líder.	Igualitaria con cambios fluidos.	Democrática con líder estable.	Líder autoritario.
DISCIPLINA	Laissez-faire	Democrática, consecuencias impredecibles.	Democrática, consecuencias predecibles.	Autocrítica demasiado estricta.
NEGOCIACIÓN	Negociación sin fin. Pobre resolución de problemas.	Buena negociación. Buena solución de problemas.	Negociación estructurada.	Negociación limitada. Pobre resolución de problemas.
ROLES	Cambio dramático de roles.	Se comparten roles. Cambio dramático de roles.	Se comparten algunos roles.	Rigidez de roles y estereotipos de éstos.
REGLAS	Muchas reglas implícita y pocas explícitas.	Algunas reglas cambian. Más reglas implícitas.	Pocas reglas cambian. Más reglas explícitas.	Reglas rígidas. Demasiadas reglas explícitas: pocas reglas implícitas.

Quando hay un balance entre cambio y estabilidad se caerá en los dos niveles intermedios y habrá mutualidad en los estilos de comunicación, liderazgo igualitario, negociaciones exitosas, retroalimentación negativa y positiva, distribución y ejecución de roles, elaboración de reglas con menos aspectos implícitos y más explícitos. Inversamente los sistemas familiares disfuncionales caerán en los extremos.

Por otra parte, Olson y cols. (1979), también definen tipos de sistemas maritales y familiares del modelo.

TIPOS DE SISTEMAS MARITALES Y FAMILIARES

Definen 16 tipos de sistemas maritales y familiares, los cuales surgen de la combinación de los 4 niveles de la dimensión de cohesión y los 4 de la

dimensión de adaptación, formando una matriz de 4 por 4. Cada una de las 16 celdas de la matriz se identifica con un tipo de familia.

COHESIÓN

		DESVINCULADA Padres 56.9 o menos Adolescentes 47.9 o menos.	SEPARADA Padres 57.0 - 65.0 Adolescentes 48.0 - 56.0	CONECTADA Padres 65.1 - 73.0 Adolescentes 56.1 - 64.0	AMALGAMADA Padres 73.1 o más Adolescentes 64.1 o más.
	CAÓTICA Padres 56.1 o más. Adolescentes 52.1 o más.				
	FLEXIBLE Padres 50.1 - 56.0. Adolescentes 45.1 - 52				
ADAPTACIÓN	ESTRUCTURADA Padres 44.0 - 50.0 Adolescentes 38.0 - 45.0				
	RÍGIDA Padres 43.9 o menos Adolescentes 37.9 o menos				

Es importante enfatizar que el modelo es dinámico y se supone que en el transcurso del tiempo pueden ocurrir cambios en los tipos de familia. De esta forma, la clasificación que se haga de la familia, puede moverse libremente en cualquier dirección como producto de la situación, estado, ciclo de vida familiar o socialización de sus miembros.

Estos 16 tipos de familia se pueden agrupar en 3, de la siguiente forma:

CENTRAL: Cuatro tipos de familia que son: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

Representan los sistemas maritales y familiares más funcionales.

MEDIO: Ocho tipos de familias, extremos en una dimensión y medios en la otra, son: caótica separadas, caóticamente conectadas, rígidamente conectadas, rígidamente separadas, flexiblemente desvinculadas, flexiblemente amalgamadas, estructuralmente desvinculadas y estructuralmente amalgamadas.

EXTREMA: Cuatro tipos de familias que se encuentran en los extremos de las dos dimensiones: caóticamente desvinculadas, caóticamente amalgamadas, rígidamente amalgamadas y rígidamente desvinculadas.

3.4 Dinámica familiar del suicida

Basándose en algunos estudios y en la experiencia clínica, se piensa que la conducta suicida está estrechamente relacionada con la dinámica familiar, por lo cual es imprescindible evaluar el funcionamiento de la familia para el tratamiento del suicidio familiar. En la siguiente tabla¹⁷, se enfatizan las características principales de la familia, productora de potencial del suicidio:

- I.- Inhabilidad para aceptar cambios necesarios
 - a) Intolerancia a la separación
 - b) Relación simbiótica
 - c) Fijación de patrones infantiles

¹⁷ Retomada del trabajo realizado por Emerich. 1988, pág.10-11.

II.- Roles conflictivos y fijaciones en etapas del desarrollo anteriores de la familia.

III.- Estructura familiar alterada.

a) Sistema familiar cerrado

b) Prohibiciones para las relaciones íntimas con el exterior

c) Aislamiento de la persona potencialmente suicida dentro de la familia

d) La fragilidad como una característica familiar

IV.- Dificultades afectivas.

a) Un patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión

b) Depresión familiar

V.- Relaciones intrafamiliares desbalanceada.

a) Un chivo expiatorio

b) Vínculos sadomasoquistas y relación de doble vínculo

c) El individuo potencialmente suicida se torna el objeto malo de la familia

VI.- Dificultades transaccionales.

a) Alteración en la comunicación

b) Un exceso de secretos

VII.- Intolerancia para la crisis

Según Emerich (1988), durante años de investigación se ha ido comprobando a través de las entrevistas familiares que existen evidentes datos clínicos de que el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción o el acto autodestructivo es necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación. En este sentido, por lo tanto, la familia debe de tomarse como paciente.

La comunicación dentro de la familia suicidogénica está muy alterada. Se ha observado que la comunicación, consiste en una tendencia al rechazo y al dar y quitar sucesivamente, además de estar excesivamente matizada de secretos. En la comunicación verbal tanto directa como indirectamente, se encuentra la utilización de la palabra muerte, utilizada en forma literal o metafórica. La comunicación de mensajes destructivos y la autodestrucción a nivel no verbal es fácilmente captable (Emerich, 1988).

Según el mismo autor, en relación a los secretos, éstos son excesivos o incluyen el ocultamiento de la conducta suicida tanto en el presente como en el pasado. Los secretos incluyen temas como incesto y otras conductas sexuales, desastres económicos, muerte, asesinatos, robos, etcétera.

Referente a la rigidez de los roles, se puede apreciar que son prominentes en las familias suicidogénicas. Cuando la persona potencialmente suicida trata de modificar su función, ya sea para su propia vida o para su familia, ésta arremete dramáticamente para devolverla a su sitio, incluyendo comunicaciones directas para que se mate.

Definitivamente la estructura y dinámica familiar esta íntimamente ligada a nuestra estabilidad emocional; es por ello que en el estudio del intento de suicidio, merece particular atención, desde luego por las repercusiones psicológicas que genera en la adolescente.

Dentro de los instrumentos generados para evaluar la Dinámica Familiar, el FACES II (Olson y cols.), es una propuesta que nos permitiría adentrarnos en las familias de las adolescentes que han intentado atentar contra su vida. Sin embargo, no es un instrumento que haya sido validado para adolescentes

mexicanos; por lo cual, el llevar a cabo un análisis de su validez y confiabilidad para esta población específica, sería de gran utilidad para sustentar su aplicación dentro de la presente investigación.

II.- JUSTIFICACION

La presente investigación sirve para identificar la evolución del continuo adolescente -ideación-intento de suicidio, a partir de la identificación de las características de cada grupo de población suicida y el enlace entre ellas. Ya que las investigaciones realizadas hasta el momento solamente describen algunos aspectos demográficos y en algunas ocasiones evalúan mínimos factores psicológicos. Mientras que cada día, los índices de suicidio e intento incrementan en los diferentes estratos sociales.

Los datos estadísticos reportados en las investigaciones mencionadas sobre ideación y/o intento de suicidio en, jóvenes e incluso en niños, hace que volvamos la mirada hacia este fenómeno e indaguemos con mayor especificidad con la expectativa de encontrar "explicaciones" al respecto. La crisis de la juventud no es sino una de tantas que acontecen dentro de esta sociedad mexicana en crisis. Los jóvenes enfrentan un mundo de mayor violencia y destrucción que no ofrece garantías de sobrevivencia. Se enfrentan a situaciones conflictivas buscando soluciones de muy diversas maneras, en relación a su edad, grado de madurez y salud emocional, ven el suicidio como una posibilidad entre muchas y sólo después de perder toda esperanza o en arrebatos impulsivos llegan a la solución: el suicidio. Sin embargo, ¿Cuál es la participación de la sociedad, de la familia en este evento?, ¿Qué pensamientos, sentimientos o emociones desencadena?.

No podemos, los que abordamos la salud mental, hacer caso omiso de lo que pasa. El beneficio, no sólo es para los pacientes con intento o ideación

suicida, seguramente también para los familiares y la sociedad en general. Si nuestros niños y adolescentes a tan temprana edad ya quieren abandonar el mundo, el futuro de la sociedad ¿Dónde estará?

Por qué esperar a tener un cuerpo inerte, seguido de la interrogante ¿Qué sucedió?, al conocer la problemática desde las cogniciones, pasando por la emoción y conducta; ligadas a nuestra sociedad actual, abordando el conflicto a nivel intra e interpersonal, nos permitirá acceder a plantear alternativas a los diferentes niveles de intervención. Por lo que no se plantea sólo conocer, sino que a partir de ello, proporcionar medidas al respecto.

De ahí que se desprenda la pregunta ¿Qué característica presenta las adolescentes que intenta atentar contra su vida?

Se retomó específicamente la población femenina, porque si se analiza considerando la variable sexo, se ha encontrado que quienes lo consuman en mayor proporción son los hombres; sin embargo, las que presentan mayor número de intentos son las personas de sexo femenino (Stengel, 1965).

TIPO DE ESTUDIO

Será un estudio correlacional, cuyo objetivo será medir relación que existe el intento y múltiples variables (ansiedad, depresión, uso de sustancias, antecedentes de maltrato, estructura y dinámica familiar).

Sus alcances son explicativos, dado que por medio del establecimiento de relaciones entre las variables, esta investigación estará orientado a responder parcialmente a las causas del suicidio en las adolescentes.

TIPO DE DISEÑO

Se realizará una investigación no experimental, basada en un diseño transaccional correlacional, cuyo objetivo es medir y describir la relación entre las distintas variables mencionadas y el adolescente suicida¹⁸.

OBJETIVO

- Elaborar una caracterización de los adolescentes con intento de suicidio.
- Evaluar si el FACES II es válido y confiable utilizarlo para población de adolescentes mexicanos

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Indagar la estructura y dinámica familiar de los adolescentes con intento de suicidio.
- 2.- Establecer la relación existente entre el uso/abuso de sustancias y el intento de suicidio en los adolescentes.
- 3.- Explorar antecedentes de algún tipo de maltrato¹⁹, en los adolescentes con intento de suicidio.
- 4.-Establecer la relación entre la depresión y el intento de suicidio en los adolescentes.
- 5.- Indagar la relación entre los niveles de ansiedad y el intento de suicidio en los adolescentes.

¹⁸ Por adolescente suicida vamos a considerar a las personas que comprendan un rango de edad entre los 12 y los 21 años de edad y presentes pensamiento de autodestrucción o hayan intentado atentar contra su vida.

¹⁹ El maltrato puede haber sido físico, emocional o sexual.

tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación) (Olson y cols.1979). Se medirá por medio de las respuestas proporcionadas al cuestionario FACES II²², en donde se les presentarán situaciones familiares y tomando en cuenta a su familia, los adolescentes responderán a cada pregunta.

- Maltrato: Verbalización de la persona de haber sido objeto de algún tipo de abuso ya sea físico, emocional o sexual, por parte de sus padres, familiares cercanos o algún adulto próximo a él. Se evaluará por medio de el número de casos, tipo de maltrato y la descripción del mismo. Se evaluará por medio de Cuestionario de Datos Generales²³, en el cual se desarrollaron preguntas específicas al respecto.

- Uso/abuso de sustancias: recurrir a cualquier sustancia ya sea alcohol, alucinógenos, medicamentos o cualquier tipo de estimulante que incida sobre el sistema nervioso alterándolo. Se medirá por medio de un autoreporte sobre la cantidad de droga o alcohol que se consume, la intensidad del deseo de consumirlos, el grado de repercusiones en el humor, el grado de repercusiones en las relaciones interpersonales y el grado de repercusión en el desempeño en actividades predominantes. Por medio de la subescala de uso/abuso de sustancias, la cual forma parte del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)²⁴.

²¹ Anexo 5

²² Anexo 2

²³ Anexo 1

²⁴ Anexo 8

- Depresión: Manifestaciones conductuales y sensaciones afectivas percibidas la adolescente. Esta variable se medirá por la frecuencia y temporalidad de la presencia de cada síntoma en la semana previa a la aplicación del cuestionario. Se evaluará por medio de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)²⁵.

- Ansiedad: Condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y de aprensión, percibidos concientemente. Y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Se medirá por medio de un autoreporte, a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)²⁶.

VARIABLES ATRIBUTIVAS DE CLASIFICACIÓN

- Escolaridad: variable definida por el grado escolar que la adolescente esté cursando o el último nivel cursado..

HIPÓTESIS GENERAL

- Habrá diferencias significativas entre los dos diferentes grupos de adolescentes. Grupo A (las adolescentes que han atentado contra su vida) y Grupo B (grupo control; es decir, la adolescentes que no han presentado, ningún intento de suicidio).
- El FACES II es un instrumento válido y confiable para la población mexicana

²⁵ Anexo 3

²⁶ Anexo7.

HIPOTESIS CORRELACIONALES

H 1.- A mayor nivel de ideación suicida, mayor número de intentos de suicidio.

H 2.- El haber sido sometido a situaciones de maltrato se relacionará positivamente con el intento de suicidio o la ideación suicida en los adolescentes.

H 3.- El abuso de sustancias incidirá favorablemente en el intento de suicidio.

H 4.- Una dinámica familiar disfuncional se relaciona positivamente con el intento de suicidio e ideación suicida.

H 5.- La pérdida de alguno de los padres a temprana edad se relacionará positivamente con la ideación suicida e intento de suicidio.

H 6.- A mayor nivel de depresión, mayor será el nivel de ideación suicida y del número de intentos de suicidio.

H 7.- A mayor nivel de ansiedad mayor nivel de ideación suicida y mayor número de intentos de suicidio.

M É T O D O

Sujetos.

Participaron 60 adolescentes de sexo femenino, divididas en dos grupos de 30²⁷ cada uno, cuya edad osciló entre 12 y los 21 años de edad, que radicaban en el área metropolitana.

Criterios de inclusión para cada grupo.

Grupo A: Tener antecedentes de al menos un intento de suicidio en algún momento de su vida. Y asistir actualmente a uno de los diferentes servicios que brinda el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro". La identificación de los sujetos que conformarán este grupo, será por medio de un diagnóstico de "Intento de Suicidio", con el que ingresaran al Hospital, o por una entrevista previa por alguno de los especialistas de dicho Hospital, en la que se obtenga esta información, aunque no haya sido el motivo de ingreso a uno de los diferentes servicios que presta la institución, la cual se verificará por medio de la aplicación de los instrumentos.

Criterios de exclusión:

-Presentar actualmente un cuadro psicótico agudo, es decir, que el adolescente, presente alteraciones cognoscitivas o perceptuales que impidan la comprensión de los instrumentos y por ende, de sus respuestas.

- Presentar retraso en el desarrollo, que el sujeto, no cuente con las habilidades cognoscitivas para responder a los instrumentos.

²⁷ Sundan, (1976, 86-87; cit. en Sampieri, 1991), elaboró unas tablas sobre el tamaño de muestras en diferentes tipos de investigaciones, tomando como base artículos de investigación publicados en revistas especializadas, en éstas nos da una idea del tamaño de la muestra que utilizaron otros investigadores en

- Estar bajo el efecto de algún medicamento que le impida la aptitud para responder a un cuestionario.

Grupo B: Jóvenes que no hayan presentado ningún intento de suicidio. Con la aplicación del instrumento de datos generales, se clarificaron dentro de éste grupo.

INSTRUMENTOS

1.- Cuestionario de Datos Generales: Fue elaborado expresamente para esta investigación, consta de 8 preguntas cerradas y 10 abiertas. Se realizó para medir las variables de Estructura Familiar, Maltrato y las variables atributivas. Se aplicó a un grupo piloto de 40 adolescentes. Con el cual se verificó que se obtuvo la información que se deseaba, sin embargo se anexaron 2 preguntas cerradas y 2 abiertas más, para verificar directamente si habían intentado suicidarse , hace cuánto tiempo, describir qué fue lo que paso y cuáles fueron las causa (Anexo 1).

2.- Escala para evaluar la Cohesión y la Adaptación Familiar ((FACES II). Es una modificación del FACES original, basado en la teoría de un modelo circunflejo, formulado por David Olson, Candyee Russell y Douglas Sprenkle (1979). El Faces inicial contó con 90 reactivos; los cuales fueron reducidos primero a 50 y en su versión final a 30, de éstos 16 corresponden a la dimensión de cohesión y 14 a la dimensión de adaptación; dentro de la primera se conceptualizan 8 características: lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y diversión. Dentro de la segunda

dimensión se conceptualizan 6 categorías: asertividad, mando, disciplina, negociación y roles. Esta síntesis se logró después de dos aplicaciones y de someter los datos al análisis factorial y al Alfa de Cronbach. El instrumento ha sido utilizado varias veces en México, por: Nolasco, Tovar y Braverman (1986); Pilatowsky, Jiménez y Curiel (1989); Cardenas (1987); Rodendo (1988) y Sánchez (1988) (Anexo 2).

3.- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D –Anexo 3-), es una escala de auto reporte desarrollada para utilizarse en estudios epidemiológicos para medir sintomatología depresiva en población en general. La CES-D, consta de 20 reactivos que se califican de 0 a 3 puntos de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma durante la semana pasada y el rango teórico de posibles valores fluctúa de 0 a 60. Mariño y col. (1993), realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la confiabilidad y estructura factorial de este instrumento en una muestra de adolescentes mexicanos encontrando que, esta escala presenta un nivel de confiabilidad alto (coeficiente alfa de .88), lo que significa que los resultados de esta aplicación son confiables y permiten la utilización de la escala en adolescentes. El coeficiente alfa para los adolescentes hombres fue de .85 y para las mujeres de .89. El análisis factorial con rotación Varimax aplicado a los datos obtenidos en este estudio presenta tres factores. El primero de ellos denominado afecto negativo, está integrado por 7 reactivos con una carga factorial que oscila entre .52 y .56, estos reactivos se relacionan con sentimientos de desamparo, soledad y tristeza y presentan un coeficiente alfa de .86. En el segundo factor,

denominado síntomas somáticos, se agrupan 9 reactivos con peso factorial entre .43 y .69, en este factor los reactivos se relacionan con manifestaciones físicas del ánimo depresivo y problemas interpersonales, este factor constituye la forma en la cual se exterioriza la depresión, el coeficiente alfa obtenido para este factor fue de .83. El tercer y último factor afecto positivo, se presenta con 4 reactivos relacionados con el optimismo y la seguridad, las cargas factoriales van de .69 a .73 con un coeficiente alfa de .71. Estos tres factores explican el 51.7% de la varianza acumulada. Ha sido empleada en México en varias investigaciones, entre las que se incluyen las realizadas por: Medina-Mora y cols. 1992; González-Forteza y Andrade, 1993; Medina-Mora y col. 1994; González-Forteza y Andrade, 1995 y Medina-Mora, Villatoro, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995. (Anexo 3).

4.- Escala de Ideación Suicida (Beck) SSI. El instrumento consta de 19 ítems. Inicialmente fue elaborado de 30 ítems, se aplicó a 35 pacientes suicidas, de ahí los autores eliminaron los ítems que dificultan la escala. Cada ítem consta de 3 alternativas de respuesta con un grado de intensidad de 0 a 2. El total de respuestas es computado por adición de los ítems individuales, teniendo un rango total de 0 a 38.

La consistencia interna del SSI fue determinada por una muestra de 90 pacientes que fueron hospitalizados por ideación suicida. Los pacientes participaron en la investigación después de su admisión. La consistencia interna fue evaluada por medio de dos métodos: 1) un análisis de ítems, el cual mostró que cada reactivo tuvo una correlación positiva con la suma total de la escala, y que 26 de los 19 ítems fueron significativos; 2) la determinación del coeficiente

alfa, K R-20 (Cronbach, 1951). Para 90 casos, un coeficiente de confianza de .89.

La validez concurrente de la SSI fue evaluada cuando la escala se correlacionó con otras medidas de ideación o riesgo suicida, tales como evaluaciones clínicas o inventarios de respuestas psicológicas. Las respuestas de la SSI fueron comparadas con las proporcionadas al Inventario de Depresión de Beck (BDI, 1972), las cuales fueron obtenidas independientemente por un investigador asistente. La correlación entre las respuestas de ideación y del BDI fue .41 ($p < .001$): Después la SSI fue aplicada con la expectativa de poder discriminar entre los grupos con diferente grado de intento de suicidio, a 90 pacientes hospitalizados por ideación suicida ($M=9.43$, $SD=5.77$) y 50 pacientes que no residieron en el hospital, cuando intentaban tener tratamiento psiquiátrico para su depresión ($M=4.42$, $SD=5.77$), produciéndose una diferencia significativa entre grupos de ($t=4.14$, $p < .001$). Los dos grupos fueron similares en grado de depresión medida por el BDI ($t=.67$ n. s.). Este resultado es consistente con el resultado obtenido en la admisión al hospital, la mayoría de los dos fueron diagnosticados como: tener desórdenes depresivos. Fue empleada por ejemplo en una investigación realizada por Terroba, Saltijera y Gómez (1987) entre otras.(Anexo 4)

5.- Escala para el Estudio de los Intentos de Suicidio (Beck). Diseñada para obtener datos de la intensidad de los deseos del sujeto de morir en el intento. La escala está dividida en tres secciones: 1) circunstancias relacionadas al intento, que trata aspectos factoriales del acto y eventos relacionados con el mismo; 2) el autoreporte, que provee información sobre pensamientos y

sentimientos; 3) opiniones, que reporta datos sobre la concepción de la muerte y la relación del alcohol y drogas con el intento. Ha sido aplicada en México en las investigaciones realizadas por Terroba, 1982; Terroba y Saltijera, 1983, entre otras.(Anexo 5).

6.-Escala de Riesgo-Rescate elaborada por Weisman y Worder (1974), es una escala que se utiliza para obtener el riesgo y la letalidad del acato suicida, el instrumento evalúa dos factores: 1) riesgo, que incluye el método usado y el daño producido por éste; 2) el rescate, en el cual se evalúa las circunstancias observables , así como las fuentes disponibles para un rescate en el momento del intento bajo el siguiente continuo quedando las categorías de agrupación de la siguiente manera: de 17 a 29 letalidad mínima, de 33 a 44 letalidad moderada baja, de 50 a 63 letalidad moderada alta y de 66 a 83 letalidad severa. Se utilizó en México en las investigaciones realizadas por: Terroba, 1982; Heman, 1984; Terroba, Heman, Saltijera y Martínez, 1986, entre otras.(Anexo 6).

7.- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, realizado por Díaz-Guerrero y Spielberg (1975. Cuyo objetivo es el de evaluar niveles de ansiedad como características de personalidad (rasgo), y niveles de ansiedad en el momento de la aplicación (estado). Cada escala está constituida por 20 reactivos y cada reactivo tiene cuatro opciones de respuesta, los puntajes globales de calificación se encuentran dentro de un continuo de 20 a 80 puntos, los límites de cortes para su categorización caen: de 20 a 40, ansiedad normal; 41 a 60, ansiedad intensa; 61 a 80, ansiedad extrema. Ha sido utilizada en México en las investigaciones llevadas a cabo por Terroba, 1982; Heman, 1984; Terroba, Heman, Saltijera y Martínez, 1986 y Heman, 1986, entre otras.(Anexo 7).

8.-POSIT (Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes) Es un instrumento conservador que pretende detectar aquellos adolescentes que tengan probabilidades de tener problemas, con la finalidad de filtrarlos a una segunda etapa para hacer un diagnóstico más específico. Incluye 139 reactivos que deben contestarse con respuestas binarias si/no, que evalúan diez áreas: uso/abuso de sustancias, estado de salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con iguales, área educativa, área vocacional, habilidades sociales, recreación y tiempo libre, y conducta agresiva y delincuencia. Incluye reactivos que contribuyen a un puntaje total, reactivos que deben de evaluarse solamente si el adolescente es mayor de 16 años y reactivos que su sola presencia indica la probabilidad de que haya problemas. Este instrumento fue validado por Medina-Mora, Mariño y González-Forteza (1995), el estudio de validez consistió en comparar las respuestas de una muestra de 1356 sujetos normales (estudiantes - cuya edad oscilo entre 13 y 19 años de edad -, de planteles ubicados en una misma delegación política del D:F) con otra muestra clínica de 310 adolescentes en tratamiento por abuso/dependencia a sustancias. La muestra de adolescentes en tratamiento se obtuvo de 22 instituciones. Los resultados mostraron que las respuestas de ambos grupos no difería significativamente. Con 13 de los 17 reactivos de la subescala de uso/abuso de sustancias fue posible clasificar correctamente a 91% de los sujetos (con una correlación canónica de .52). Más de 80% de los adolescentes fueron *correctamente clasificados a partir de sus respuestas en reactivos provenientes de las subescalas de relaciones con iguales (correlación canónica de .60), problemas vocacionales (correlación canónica de .58), uso de tiempo libre*

(correlación canónica de .54) y conducta agresiva/delinuencia (correlación canónica de .58). En las 5 subescalas restantes, la clasificación correcta osciló entre 75% y 79% (con una correlación canónica de .39 a .51). Los investigadores sugieren una serie de recomendaciones en relación con la utilidad y adaptaciones necesarias para implementar un Sistema Referencial en el contexto mexicano, con énfasis en la aplicabilidad del instrumento de tamizaje (POSIT) como una herramienta técnica. Para la presente investigación solamente se utilizará la subescala uso/abuso de sustancias, la cual resultó con la correlación canónica más alta en esta investigación cuyo objetivo fue la validación y confiabilidad de este instrumento en población mexicana. (Anexo 8).

PROCEDIMIENTO

La investigación constó de 2 etapas:

Etapa I: VALIDACIÓN DEL FACES II.

A una población de 304 adolescentes de ambos sexos, se les aplicó el FACES II.

La aplicación fue dentro de una institución educativa, en una aula de clases. Se les aplicó en grupos mixtos de 30 personas cada uno.

Etapa II:PROCEDIMIENTOS PARA LA POBLACIÓN CON INTENTO DE SUICIDIO.

PARTE UNO

Con la autorización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro", se procedió a contactar a los jefes de cada uno de los departamentos que participaron en la investigación, particularmente: Consulta Externa, Clínica de la Adolescencia y Pabellón de Adolescentes Mujeres; ellos proporcionaron una lista de pacientes que podrían cubrir los criterios para incluirlos dentro de la investigación.

Paso No. 1: ya con los participantes identificados como parte del grupo A, se procedió a citar a sus padres para que éstos autorizaran la entrevista a sus hijas.

Paso No. 2: La aplicación de los instrumentos a las adolescentes, se dividió en dos sesiones de una hora aproximadamente, porque cada uno de ellos se fue aplicando en forma de una entrevista estructurada.

Se les aplicaron los siguientes instrumentos:

Grupo A (Grupo Intento de Suicidio): FACES II, CES-D, IDARE, la subescala para evaluar el uso/abuso de sustancias, la Escala para evaluar Ideación Suicida, la Escala para el Estudio de los Intentos de Suicidio y la Escala de Riesgo-Rescate.

PARTE DOS

Paso 1: En una escuela de gobierno, se aplicó el instrumento de Datos Generales a 60 estudiantes que cubrieron nuestro rango de edad, para captar la población de nuestro *grupo control*. Se le aplicaron los siguientes instrumentos:

Grupo B (Grupo Control): La Escala de Adaptación y Cohesión Familiar (FACES II), La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y Sociales (CES-D), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la subescala uso/abuso de sustancias del POSIT.

Paso 2: Ya identificando a las 30 participantes, se calendarizaron entrevistas de una hora con cada una de ellas para que respondieran a los instrumentos (como a este grupo no se le aplicó la Escala para Evaluar Ideación Suicida, la Escala para Evaluar el Intento de Suicidio y la Evaluación de Riesgo-Rescate, no requirió de más tiempo).

RESULTADOS

ANÁLISIS DE DATOS

VALIDACIÓN DEL FACES II

Comenzaremos por el análisis de validación del FACES II en adolescentes, de donde se obtuvo lo siguiente:

A) Descripción de la población: Participaron 304 adolescentes de ambos sexos, todos pertenecientes a la clase media y baja, la cual se determinó por la actividad que desempeñaban sus padres, empleados, técnicos y profesionistas, cuyo lugar de residencia fuera el área metropolitana.

SEXO DE LA POBLACIÓN



EDAD	HOMBRES	MUJERES
15	13	18
16	47	49
17	74	69
18	14	18
19	1	1
	149	155

Fueron a un total de 304 los adolescentes de ambos sexos a los cuales se les aplicó el FACES II, para someter los datos a una Análisis Factorial, cuyos resultados se muestran en las siguientes tablas.

VARIABLE	TOTAL	FACTOR	EIGENVALUE	Pct of Var
R1	1.00000	7.26524	24.2	24.2
R10	1.00000	1.79645	6.0	30.2
R11	1.00000	1.60317	5.3	35.5
R12	1.00000	1.53031	5.1	40.7
R13	1.00000	1.22421	4.1	44.7
R14	1.00000	1.14320	3.8	48.5
R15	1.00000	1.10269	3.7	52.2
R16	1.00000	1.03641	3.5	55.7
R17	1.00000	.95	3.2	58.9
R18	1.00000	.94454	3.1	62.0
R19	1.00000	.86117	2.9	64.9
R2	1.00000	.84495	2.8	67.7
R20	1.00000	.79070	2.6	70.3
R21	1.00000	.74053	2.5	72.8
R22	1.00000	.71418	2.4	75.2
R23	1.00000	.68886	2.3	77.5
R24	1.00000	.65416	2.2	79.7
R25	1.00000	.63293	2.1	81.8
R26	1.00000	.60481	2.0	83.8
R27	1.00000	.56486	1.9	85.7
R28	1.00000	.5689	1.9	87.5
R29	1.00000	.50121	1.7	89.2
R3	1.00000	.48928	1.6	90.8
R30	1.00000	.48259	1.6	92.4
R4	1.00000	.45655	1.5	94.0
R5	1.00000	.41241	1.4	95.3
R6	1.00000	.40275	1.3	96.7
R7	1.00000	.38976	1.3	98.0
R8	1.00000	.33973	1.1	99.1
R9	1.00000	.26645	.9	100.0

TABLA 1: Muestra los resultados del análisis factorial "forzado a 2 factores" de FACES II.

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2
R1	.54786	.18648
R10	.33885	.11085
R11	.32884	.28169
R12	-.01946	.53777
R13	.44793	.20630
R14	.29394	.23548
R15	.21262	.58102
R16	.59779	-.0181
R17	.50546	.51699
R18	.31501	.46695
R19	.25667	.61104
R2	.57696	.01561
R20	.45519	.08205
R21	.41458	.27630
R22	.37530	.37349
R23	.46226	.38062
R24	.10267	.16093
R25	.08557	.69694
R26	.45079	.43559
R27	.06249	.56425
R28	.07439	.20604
R29	.13158	.36324
R3	.30961	.30892
R30	.53266	.31949
R4	.67496	.12155
R5	.60530	.11444
R6	.65514	-.03476
R7	.63887	.12019
R8	.63221	.34653
R9	-.01072	.04106

TABLA 2: Resultados del análisis de la Matriz Rotada (VARIMAX) de FACES II.

REACTIVO	FACTOR I (COHESIÓN)	FACTOR II (ADAPTACIÓN)
Los miembros de la familia se apoyan unos con otros en momentos difíciles.	.55319	-.17000
Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.	.33952	-.10878
Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia.	.43154	.03551
Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	.29941	.44713
Los miembros de la familia consultan unos a otros miembros sobre las decisiones que se tienen que tomar.	.48384	-.09537
Los miembros de la familia dicen lo que quieren.	.37618	.01852
Cuando pensamos hacer actividades como familia tenemos dificultades.	.51281	.34616
Cuando hay que resolver problemas aceptamos las sugerencias de los niños.	.46572	-.37613
Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos con otros.	.71255	.12265
La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	.52891	.19372
Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de nuestra familia.	.56609	.34467
En nuestra familia a cada quien le es difícil exponer su opinión.	.47663	-.32550
Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.	.41691	-.20030
Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.	.49765	-.0911
En nuestra familia todos compartimos responsabilidades.	.52298	.08266
Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma.	.59768	.03755
Es difícil conseguir que cambien las reglas en esta familia.	.17751	.07021
Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa.	.47781	.51454
Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	.62055	.08873
Aprobamos a los amigos de cada quien.	.38134	.42056
Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos.	.22792	.18817
En la familia se forman alianzas en vez de actuar como una familia total.	.31951	.21720
Es más fácil discutir problemas con gente de afuera de la familia que con los miembros de la misma familia.	.43192	.06884
Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros.	.61883	-.05332
Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.	.61812	-.29710
Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto.	.55751	-.26203
Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina.	.511045	-.41213
Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	.58809	-.27705
Los miembros de la familia discuten los problemas y se		

sienten bien acerca de las soluciones.	.71534	-.08975
*En nuestra familia cada quien escoge su propio camino.	.01538	.03955

*Tabla 3: Análisis Factor Matrix de los reactivos (FACES II).

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Se obtuvo aplicando el Análisis de la Escala ALPHA, una confiabilidad de Alfa = .8796 para el Factor I. En donde se contemplan a los reactivos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, y 30. En cuanto al Factor II, se obtuvo un Alfa = .8684 , está integrado por los factores 12, 15, 18,19,25,27 y 29. (Un total de 23).

Se contemplo que los 7 reactivos restantes (Alfa = .6936) no afectaban considerablemente la clasificación de la tipología familiar desde la percepción de los adolescentes; por lo tanto se procedió a clasificar a las familias de acuerdo a lo que plantea Olson y cols.

		COHESIÓN			
		DESVINCULADA 47.9 o menos	SEPARADA 48.0 a 56.0	CONECTADA 56.1-64.0	AMALGAMADA 64.1 o más
ADAPTACIÓN	CAÓTICA 52.1 o más	2	9	60	89
	FLEXIBLE 45.1 a 52	10	18	35	21
	ESTRUCTURADA 38.0 a 45.0	11	11	17	3
	RÍGIDA 37.9 o menos	10	6	2	0

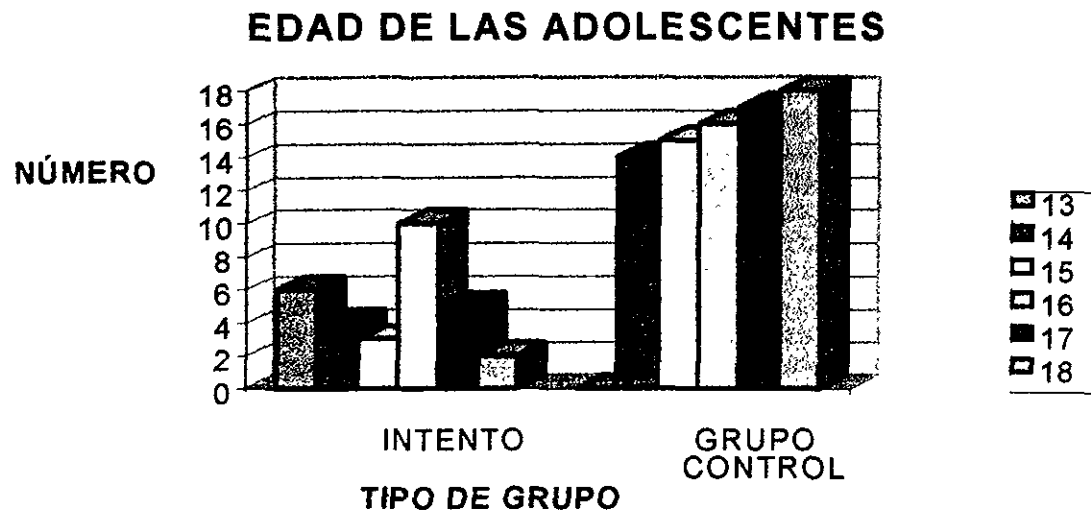
TABLA 4: Número de familias que pertenecen a cada una de las diferentes tipologías desde la percepción de los adolescentes

ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS DE LOS CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO DATOS GENERALES

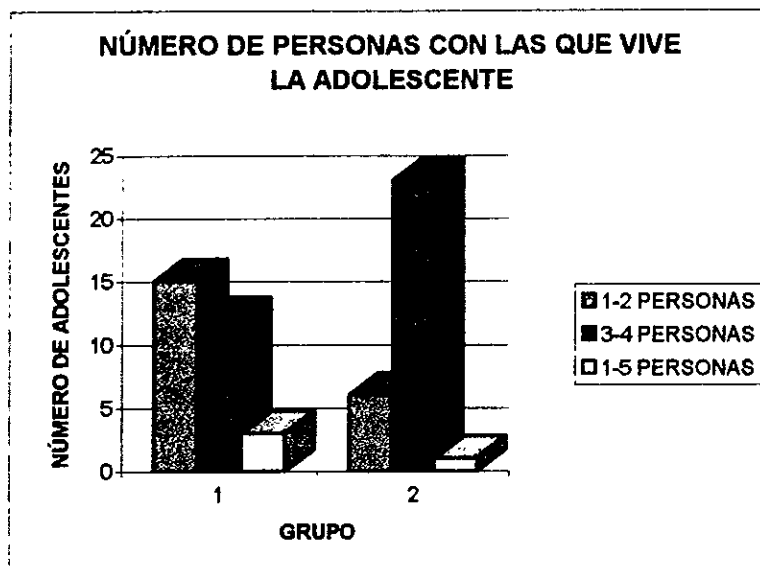
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

30 adolescentes de sexo femenino entre 13 y 19 años de edad, todas solteras.



NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN

Las adolescentes con intento de suicidio, viven entre 1-6 personas, a diferencia de las adolescentes del grupo control, quienes cohabitan en su mayoría de 3-6 personas. Dicha diferencia no es estadísticamente significativa.



Las familias se clasificaron en integradas y desintegradas. Las primeras estuvieron conformadas por la familia nuclear padres-hijos y las extensas por padres- hijos-otros familiares. Dentro de las familias desintegradas se consideró a las que había fallecido alguno de los padres y aquellas en las que los padres estaban separados o divorciados.

TIPO DE FAMILIA	INTENTO DE SUICIDIO	GRUPO CONTROL
INTEGRADA	40% (n=12)	93.3% (n=27)
DESINTEGRADA	60% (n=18)	6.6% (n=3)

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA	NÚMERO DE CASOS
Familia de la madre + hijos	2
Familia de la madre + padrastro + hijos	1
Madre divorciada + hijos	1
Madre separada + hijos	4
Madre soltera + hijos	3
Padre separado + hijos	2
Familia paterna + hermanos	1
Madre + padrastro + hijos	2
Madre separada + hijos + yerno + nieto	1
Madre viuda + hijos	1
Total de casos de las familias desintegradas	18



PRESENCIA DE AMBOS PADRES

Esta variable hace referencia a si viven sus papás, también aquí se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 6.70$, $p < .001$), de el grupo con intento, el 72.2% tiene a sus padres con vida y del grupo control, el 96.7%.

TIPO DE GRUPO	PRESENCIA DE AMBOS PADRES	
	SI	NO
INTENTO	72.4	27.6
GRUPO CONTROL	96.6	3.4

En el caso de las chicas con intento de suicidio, en 3 casos había muerto su padre de cáncer, pancreatitis e infarto, respectivamente. En uno más, la madre murió de parto. Cabe mencionar que en el caso del hombre que murió de pancreatitis, su hija no lo conoció, dado que ella nació después de que él murió. Dos de las adolescentes también de este grupo, no saben quién fue su padre, en el caso de otra, su padre abandonó a su familia desde hace 8 años y no sabe su paradero. Finalmente en un caso no sabía en dónde se encontraba su padre, ya

que tuvo problemas legales porque se le acusó de haber intentado violarla y se había escapado hace 6 meses.

En el grupo control, solamente en dos casos no vivían con su papá porque se había divorciado de su mamá.

RECIBIR ACTUALMENTE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA O PSICOLÓGICA

El 96.6 de las adolescentes con intento de suicidio, al momento de la entrevista, se encontraban bajo atención psiquiátrica y /o psicológica; a diferencia del grupo control, de ellas solamente el 16.7 estaba recibiendo atención psicológica. También esta diferencia fue estadísticamente significativa ($X^2 = 39.09, p < .001$).

TIPO DE GRUPO	SI	NO
INTENTO	96.6	3.3
GRUPO CONTROL	16.7	83.3

El grupo con intento de suicidio casi en su totalidad, eran pacientes internas del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro, sin embargo ya habían sido atendidas en algunas otras instituciones tales como: DIF, Hospital de Neurocirugía y Neurología, Hospital López Mateos, Grupo de Autoayuda de Comedores Compulsivos, Salud Mental, Psiquiatría del ISSSTE, Hospital 20 de Noviembre y Hospital PEMEX.

Las razones por las cuales mencionan que ingresaron en estos Hospitales fueron:

CAUSA	NÚMERO DE CASOS
Crisis Nerviosa	2
Bulimia	2
Drogadicción	1
Abuso Sexual	3
Depresión y/o Intento de Suicidio	22
Total de casos	30

Del grupo control solamente 5 chicas habían estado bajo atención psicológica en consulta privada, porque habían bajado de calificaciones, por depresión, y las demás no lo especificaron.

FAMILIARES DE LOS ADOLESCENTES, RECIBIENDO ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA O PSICOLÓGICA.

De los familiares de las adolescentes con intento de suicidio, el 53.3% ha recibido atención psiquiátrica y/o psicológica, a diferencia del grupo control, quienes solamente el 13.3% de sus familiares han recibido este tipo de atención, dicha diferencia también fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10.80$, $p < .001$).

En el caso del grupo con intento, por ejemplo la madre de una de las adolescentes fue diagnosticada con esquizofrenia; en el caso de otra, también su madre, perdió temporalmente la razón; en otro caso, su hermana fue atendida porque fue agredida sexualmente por su padre; otras mencionaron depresión mayor, epilepsia, retardo en el desarrollo, entre otros.

Las del grupo control, mencionaron que hermanos por problemas de aprendizaje.

HABER SIDO OBJETO DE MALTRATO

Un dato importante de señalar es que el 88% de las adolescentes que con intento de suicidio, considera haber recibido maltrato por parte de sus familiares, a diferencia (estadísticamente significativa, $\chi^2 = 21.73$, $p < .001$) del grupo control, de las cuales el 3.3% considera haber recibido maltrato físico.

Cabe señalar que las adolescentes que consideran haber sido maltratadas, el 61% fue maltrato físico, el 16.7% emocional, y el 22.2% sexual.

Reagrupando sus respuestas, las podemos clasificar en :

- a) Maltrato Verbal: groserías, críticas²⁸, correrías de la casa.
- b) M. Físico. golpes²⁹, mordidas, encadenarla.
- c) M. Emocional: infundir miedos, temores.
- d) M. Sexual: intento de violación, violación.

Del grupo control solo una persona mencionó que de pequeña la golpeaban.

²⁸ Por ejemplo: gorda, cerda, en el caso de una chica diagnosticada como bulímica.

²⁹ Merece especial atención el caso de "X", de 14 años de edad, que encontró a su novio teniendo relaciones con otra mujer. éste la golpeo con un bati en la cabeza, estuvo ella un mes internada en estado de gravedad por las lesiones que le produjo.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE TIENEN CON SU FAMILIA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
Falta de atención	No platicar, que cada miembro de la familia esté por su lado.
Incumplimiento de responsabilidades	No hacer los quehaceres asignados, no asistir a clases, no aprobar las materias.
Aspecto físico	Pintarse el cabello o el rostro de colores que sus padres no aprueban, usar ropa rota o muy corta.
Autoritarismo	Padre o madre dominante que impone sus puntos de vista o decisiones
Económicos	Falta de ingresos, vivir con familiares, no recibir apoyo económico del padre.
Legales	Delitos cometidos por algún miembro de la familia, que implique privación de la libertad, por ejemplo: robo
Uso/abuso de sustancias	Alcoholismo o ingestión de alguna droga por parte del padre o algún otro miembro de la familia
Abuso sexual	Violación o intento de violación por parte del padre y/o hermano.

El grupo control mencionó que los principales problemas que tienen con sus padres se suscitan al pedir permiso para asistir a una fiesta y llegar tarde, por ejemplo a las 3:00 a.m.; tener diferentes puntos de vista, que en ocasiones son percibidas por sus padres como irresponsables, por no cumplir con labores domésticas previamente asignadas; bajar en sus calificaciones escolares y el que sus padres a veces están muy ocupados con su trabajo y les gustaría compartir más tiempo con ellos.

TOMAR EN CUENTA SU OPINIÓN

Del grupo con intento de suicidio, el 63.35% consideró que toman en cuenta su opinión, a diferencia del grupo control, del cual el 83.3% piensa que lo toman en cuenta; si bien esta diferencia no fue estadísticamente significativa, cualitativamente sí.

En el caso de una chica del grupo con intento menciona que toman en cuenta su opinión, porque trabaja desde los 10 años para calzar y vestir a sus hermanos menores y por ello, tiene incluso más autoridad que su madre en su casa. No tiene papá. De este mismo grupo en los casos que ellas consideran no

ser tomadas en cuenta, refieren que les dicen que son muy chicas, porque terminan diciendo cállate, porque ella nunca dice nada o porque sencillamente no le preguntan.

En el caso del grupo control, mencionan que le dicen que es chica o ellos deciden.

HABER SIDO RECHAZADO POR ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA

El 76.3% de las adolescentes con intento consideró ser rechazada por algún miembro (s) de su familia, a diferencia del grupo control, quienes solamente el 23.3 han pensado que alguien de su familia los rechaza, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 22, p < .001$).

Dentro de los que sí se consideran rechazados por su familiar, del grupo con intento, principalmente fueron: madre, padre y hermanos 6.7%; madre y padre 10%; madre 16.7%; padre 13.3%; hermano (a) 23.3%; otros, que incluye tíos el 6.7%.

Las respuestas del grupo con intento las podemos agrupar en:

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICA
Falta de comunicación	Casi no hablarle, no tenerle confianza o definitivamente no hablarle.
Desatención	No hacerle caso, o evidenciar preferencias por otro hijo o hermano.
Falta de manifestaciones afectivas	No decirle palabras de cariño, no acariciarla, no abrazarla.
Manifestación abierta de rechazo	Negar que es su hija, decirle que hubiera deseado que no naciera, correrla de la casa, haberla abandonado.

Piensen que les ha afectado en los siguientes aspectos:

ASPECTOS	DESCRIPCIÓN
Físico	Problemas de salud (en el caso de las que se drogan), bajar y subir de peso.
Cognitivos	No recordar cosas o eventos, pensar que no las quieren, pensar que son un estorbo, pensar que no valen NADA, pensar que todos los hombres son como los que abusaron de ellas, pensar que la vida no tiene sentido.
Emocionales	Sentirse solas, que están sobrando en su casa, sentirse deprimidas. No poder expresar ni agresión. ni afecto
Conductuales	Maquillarse y pintarse el cabello de colores poco comunes, pelear constantemente tanto verbal como físicamente, comer excesivamente o dejar de comer, tener relaciones sexuales a temprana edad, ingerir bebidas alcohólicas y/o drogas, fumar, escaparse varios días de su casa, vincularse con personas problemáticas, drogadictos, "porros", etc.

El grupo control menciona:

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICA
Falta de privacidad	Meterse mucho en sus cosas personales
Desatención	Evidenciar preferencia por alguno de sus hermanos
Discrepancias	Tener desacuerdos con sus padres o sus hermanos.

En cuanto a la forma en que ha repercutido en ella, mencionan:

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Emocional	Baja autoestima
Conductual	Dificultad para resolver problemas , ser reservada.

CONSIDERACIÓN POR PARTE DEL ADOLESCENTE DE QUE SU INTENTO DE SUICIDIO SE RELACIONA DIRECTAMENTE CON SUS PROBLEMAS FAMILIARES.

El 66.6% de las adolescentes con intento de suicidio, afirmó que sí.

CANTIDAD DE PERSONAS CERCANAS A EL ADOLESCENTE QUE SE HAN SUICIDADO

Del grupo de las adolescentes con intento de suicidio, el 40% reportó que al menos una persona cercana a ellos se ha suicidado o lo ha intentado; del grupo control ninguna persona cercana a ellas, evidentemente esta diferencia fue estadísticamente significativa ($X^2 = 60, p < .001$).

De los datos aportados por el grupo con intento de suicidio se observó lo siguiente:

VINCULO	INTENTO	SUICIDIO	MÉTODO
Tío	1	2	Ahorcamiento, arma punzocortante (cuchilladas)
Primo		1	Ahorcamiento
Prima	1		Medicamentos
Hermano	2		Aventarse de un 3er. Piso.
Hermana	3		Medicamentos
Papá	1		Arma de fuego
Mamá	3		Medicamentos, cortarse las venas.
Amigo		2	Ahorcamiento, cortarse las venas.
Amiga	1		Cortarse las venas
Vecinos		7	Ahorcamiento

Cabe señalar que en el caso de una adolescente, sus 2 hermanas habían intentado suicidarse, en otro 2 amigos se habían suicidado y una amiga lo había intentado. En otro 7 vecinos se ahorcaron. Es decir, más de una persona cercana a ellos lo había intentado y/o se había suicidado.

Dentro de las causas menciona problemas con sus padres, con sus parejas, económicos o haber estado bajo el efecto del alcohol. Particularmente en el caso de los 7 varones, se refiere como causa los problemas económicos.

NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO

Obviamente esto es exclusivamente en nuestro grupo de adolescentes con intento, de ellas el 44.8% habían presentado al menos un intento de suicidio, 31% dos intentos, 13.8% tres intentos, el 6.9% cuatro intentos y el 3.4% nueve intentos.

Dentro de los métodos que emplearon se ubica en 1er. Lugar los medicamentos con 80%, cortarse las venas el 2º lugar con 10%, intoxicación 6.6% en 3º y finalmente en último lugar aventarse de la azotea con 3.3%.

CAUSAS:

1	"Me puse muy triste y enojada"
2	"Querer manipular a mi papá para que me dejara vivir con mi novio"
3	"Supe que era adoptiva", "no me querían sacar de Hospital Psiquiátrico"
4	"Me sentía muy sola"
5	"Al ver los problemas en mi casa, me sentía muy sola"
6	"Mi tía me amenazó que si mi mamá se moría por mi culpa, me iba a demandar"
7	"Mi depresión a raíz del abuso sexual del que fui víctima"
8	"No sé fue un momento en el que sentí mucha angustia, tomo era monótono"
9	"Porque quería mucho a un muchacho que me dejó"
10	"Para que mi mamá no haga más corajes conmigo"
11	"No tengo el apoyo de mi papá, vivo no sé para qué"
12	"Me sentía rechazada por el mundo, que no merezco vivir"
13	"Me daría pena enfrentarme a mi familia, porque intentaron violarme. No enfrentar el problema del intento de violación"
14	"Por la pérdida de mi papá me sentía muy sola, pensaba que la única salida era la muerte"
15	"Porque perdí un libro y pensé que mi tío me iba a pegar"
16	"Fue un alucin. estaba triste, en realidad no quería hacerlo"
17	"Porque mi novio de dejó"
18	"Quería bajar de peso, yo era la oveja negra, no valgo nada, no logro nada"
19	"Estaba fastidiada de todos los problemas que tenía"
20	"Me sentía sola"
21	"Me habían golpeado en la escuela, mi sobrina estaba enferma y la habían desahuciado, fui a ver a mi papá y no quiso verme. Deje de comer una semana y nadie lo notó, deje varias cartas, mi mamá no habla conmigo"
22	"Problemas con mi novio"
23	"Por los problemas con mi papá y mis hermanos"
24	"Por los problemas en la escuela, desde hace 4 años es muy fácil que caiga en depresiones. No me pude contener"
25	"Vi a mi novio teniendo relaciones con otra mujer"
26	"Problemas con mi mamá tuvo relaciones con mi novio y de dijo que era una prostituta, lo mencionó enfrente de todos mis familiares y todos me trataban de eso"
27	"Es que no quería que se preocuparan por mí"
28	"Porque me dejó mi novio"
29	"Fui a una fiesta y llegue tarde, baje de calificaciones y pensé que me iban a regañar"
30	"Mi mamá se fue de vacaciones, dijo que me llevaría y no me llevó, se fue con mi hermano"

PUNTAJE OBTENIDO EN EL IDARE

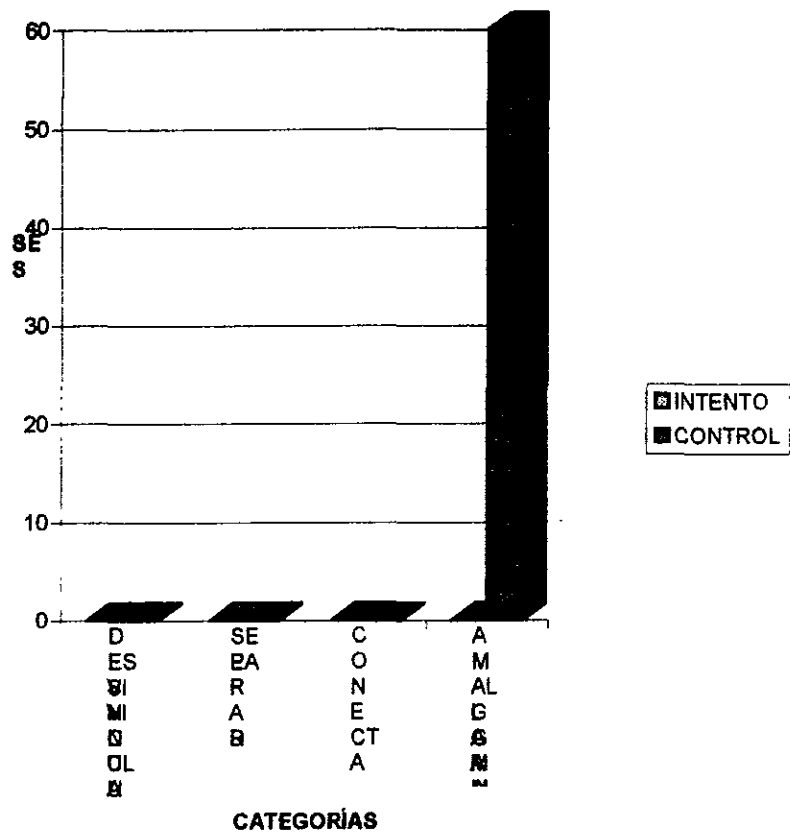
En cuanto a los niveles de ansiedad, en la categoría de Rasgo, se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($X_2 = 47, p < .05$), dado que en el nivel de ansiedad normal el grupo con intento obtuvo 13.2%, a diferencia del grupo control, quien presentó un porcentaje de 39.9%; en el nivel de ansiedad intensa, el grupo con intento obtuvo un puntaje de 53% y el grupo control 53.3%; finalmente, en el nivel de ansiedad extrema el grupo con intento obtuvo un puntaje de 33.2% y el grupo control de 6.6%.

En la categoría de Estado, se observó que el grupo con intento de suicidio obtuvo un puntaje de 33.7% a diferencia de grupo control quien obtuvo un porcentaje de 56.6%; en el nivel de ansiedad intensa, el grupo con intento obtuvo un puntaje de 56.2% y el grupo control 33.2%; finalmente en el nivel de ansiedad extrema, el grupo con intento obtuvo un puntaje de 3.3% y el grupo control 10%. Aún cuando estos valores son cualitativamente diferentes, también se percibieron diferencias estadísticamente significativas como en la valoración de la ansiedad rasgo ($X_2 = 29.86, p < .5$).

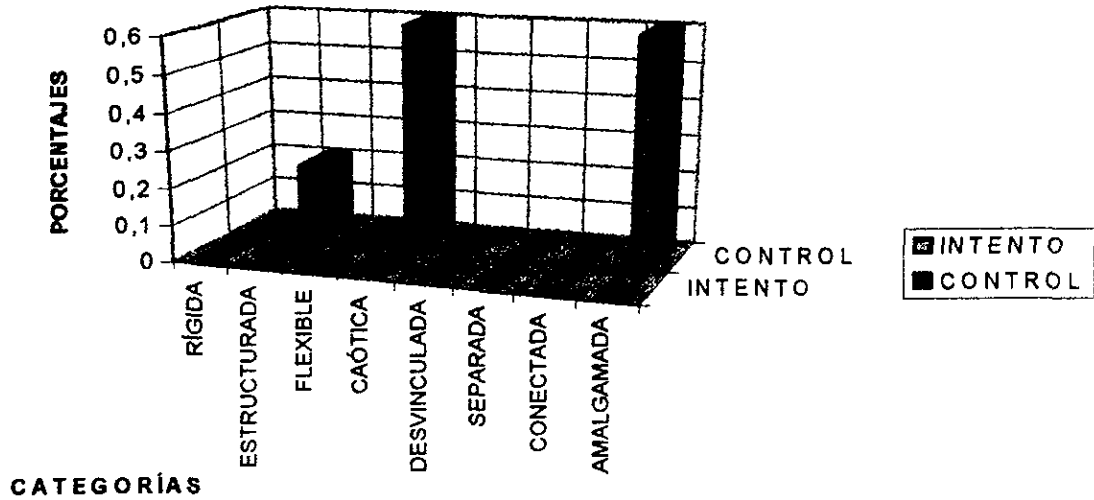
FACES II

En los dos factores que implica este instrumento de Cohesión y Adaptación, se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($X_2 = 49.33, p < .01$), como se muestra a continuación:

DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS



PUNTAJE OBTENIDO EN FACES II



COHESIÓN

ADAPTACIÓN

	DESVINCULADA		SEPARADA		CONECTADA		AMALGAMADA	
	INTEN. / CONT.		INTEN. / CONT.		INTEN. / CONT.		INTEN. / CONT.	
CAÓTICA			6.6%	3.3%	13.3%	6.6%		53.3%
FLEXIBLE	6.6%		3.3%	10%	3.3%	3.3%		
ESTRUCTURADA	13.3%		10%	10%	3.3%	6.6%		3.3%
RÍGIDA	30%	3.3%	6.6%					

DEPRESIÓN

En relación a esta variable, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo con intento ($X_2 = 39.33, p < .$); ya que el 72% de las jóvenes con intento de suicidio de acuerdo con el CES-D, reportó depresión. A diferencia del grupo control, del cual solamente el 30%, clasificó dentro de ésta categoría.

USO/ABUSO DE SUSTANCIAS (POSIT)

También es esta variable se observaron diferencias estadísticamente significativas, al comparar el grupo de adolescentes con intento de suicidio y el grupo control ($X_2 = 11.55, p < .1$)

TIPO DE GRUPO	PUNTAJE OBTENIDO									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
NÚMERO DE PERSONAS DEL GRUPO CON INTENTO (n=30)	15	2	1	1	3	2	3	1	2	
NÚMERO DE PERSONAS DEL GRUPO CONTROL (n=30)	19	5	2	2	0	1	0	0	1	

En la siguiente Tabla se presenta la descripción de los indicadores clínicos de la escala de Ideación Suicida, así, se observa que en la mayoría el deseo de vivir fue leve (43.3%); su deseo de morir, fue en su mayoría de moderado a fuerte (56.7%), tenían igual cantidad de razones para vivir que para morir (63.3%). Destaca un deseo leve de atentar contra su vida (43.3%) y pensaban en su mayoría, tomar precauciones necesarias para evitar que salvaran.

INDICADORES CLÍNICOS DE LA ESCALA DE IDEACIÓN

I) ACTITUDES HACIA LA VIDA / MUERTE (N= 30)

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.- DESEO DE VIVIR		
0. Moderado a fuerte	8	26.7
1.- Leve	13	43.3
2.- Nulo	9	30
2. DESEO DE MORIR		
0.- Nulo	4	13.3
1.- Leve	9	30
2.- Moderado a fuerte	17	56.7
3.- RAZONES PARA VIVIR/MORIR		
0.- Más razones para vivir que para morir	6	20
1 - Razones por igual	19	63.3
2.- Más razones para morir que para vivir	5	16.7
4.- DESEO DE HACER UN INTENTO DE SUICIDIO³⁰		
0.- Nulo	6	20
1.- Leve	13	43.3
2.- Moderado a fuerte	11	36.7
5.- PLANEACION		
0.- Pensaba en tomar precauciones para salvar su vida	5	16.7
1.- Pensaba en dejar a la suerte si me salvaba o moría	12	40
2.- Pensaba en tomar las precauciones necesarias para evitar que salvaran.	13	43.3
II.- CARACTERISTICAS DEL DESEO/IDEACION SUICIDA		
INDICADOR		
6.- DURACION		
0.- Periodos cortos	14	46.7
1.- Periodos largos	2	6.7
2.- Periodos continuos (crónicos)	14	46.7
7.- FRECUENCIA		
0.- Raro, ocasional	6	20
1.- Intermitente	9	30
2.- Persistente o continuo	15	50
8.-ACTITUD HACIA EL DESEO/IDEACION SUICIDA		
0.- De rechazo	6	20
1.- Ambivalente, indiferente	16	53.3
2.- De aceptación	8	26.7
9.- CONTROL SOBRE EL DESEO DEL ACTO SUICIDA/ "ACTING OUT"		
0.- Tenía sentido de control	10	33.3
1.- Inseguro de control	13	43.3

³⁰ Si cuatro preguntas fueron calificadas con cero, o las preguntas cuatro y cinco fueron "cero", no aplicar las secciones II, III y IV de esta escala de ideación suicida.

2.- Sin sentido de control	7	23.3
10.- FACTORES QUE IMPIDEN EL INTENTO SUICIDA ACTIVO (EJEMPLOS: FAMILIA, RELIGIÓN, CONSECUENCIAS INVALIDANTES, IRREVERSIBLES, ETC.).		
0.- Muy determinantes	11	36.7
1.- Poco determinantes	10	33.3
2.- Nada determinantes	9	30
11.- RAZÓN PARA CONSIDERAR SUICIDARSE		
0.- Manipular el medio ambiente, obtener atención, ganancias, etc.	0	0
1.- Combinación de 0 y 2	13	43.3
2.- Escapar, resolver problemas, etc	17	56.7
III.- CARACTERISTICAS DE LA IDEACION DEL INTENTO SUICIDA.		
INDICADOR		
12.- MÉTODO: ESPECÍFICO Y PLANEACIÓN		
0.- No considerado	19	63.3
1.- Considerado, pero no detallado	6	20
2.- Bien definido y detallado	5	16.7
13.- MÉTODO: DISPONIBILIDAD/OPORTUNIDAD		
0.- Método no disponible ni oportuno	1	3.3
1.- Método que podía tomar tiempo/ esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.	0	0
2 ^a .- Método y oportunidad disponibles	28	93.3
2b.- Futura oportunidad o disponibilidad de método con anticipación.	1	3.3
14.- SENTIDO DE CAPACIDAD (SENTIRSE CAPAZ) PARA REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO.		
0.- Sin coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente	6	20
1.- Inseguro, incompetente	9	30
2.- Seguro, con coraje	15	50
15.- EXPECTACIÓN/ANTICIPACIÓN DEL INTENTO ACTUAL		
0.- No	0	0
1.- Inseguro, incompetente	16	53.3
2.- Seguro, con coraje	14	46.7
16.- PREPARACIÓN ACTUAL		
0.- Ninguna	21	70
1.- Parcial (Ej. empezar a juntar pastillas)	5	16.7
2.- Completa (Ej. tener pildoras, cuerda, pistola)	4	13.3
IV.- ACTUALIZACION DEL INTENTO CONTEMPLADO		
INDICADOR		
17.- NOTA SUICIDA		
0.- Ninguna	23	76.7
1.- Empezar la nota pero no concluirla, o no dejarla; sólo pensarla	2	6.7
2.- Completarla y dejarla ala vista	5	16.7
18.- ACTOS FINALES ANTECEDENTES A LA MUERTE (SEGURO DE VIDA, TESTAMENTO, REGALOS, ETC.)		
0.- Ninguno	21	70
1.- Pensarlo o hacer algunos trámites	2	6.7
2.- Hacer planes definitivos o completar los trámites	7	23
19.- OCULTAMIENTO DEL INTENTO COMPLETO		

0.- Rebeló las ideas abiertamente	5	16.7
1.- Se abstuvo de revelarlas	10	33.3
2.- Intentó mentir u ocultarlo	15	50

Como podemos observar en la tabla anterior, se muestran los resultados obtenidos de la escala de Ideación Suicida, misma que en el rubro de "actitudes hacia la vida/muerte", se destaca mi deseo leve de vivir (43.3%), un deseo de moderado a fuerte de vivir (56.7%), acompañado de razones para vivir/ morir (63%). Un deseo leve de atentar contra su vida (43.3%) y solamente un pequeño porcentaje pensaba en tomar precauciones para salvar su vida (16.7%).

En cuanto a las características del deseo /ideación suicida, destaca una equivalencia entre la duración del pensamiento suicida en períodos cortos (46.7%) y períodos continuos (46.7%), persistente (50%); acompañados de una actitud de ambivalencia- indiferencia (53.3%) a la presencia de dichas ideas, en donde predominó una inseguridad acerca de poder controlar el deseo del acto suicida.

En relación a factores que impidieran su intento de suicidio, se distribuyó de forma muy similar, en las distintas categorías.

Es importante señalar que la razón por la cual los adolescentes consideraron suicidarse, fue en su mayoría escapar de resolver problemas (56.7%).

Otro dato relevante, es que en un elevado porcentaje (63.3%) no habían considerado un método específico para atentar contra su vida, lo que es congruente con el haber elegido el método por su oportunidad y disponibilidad (93.3%). Por lo mismo no tenían ningún tipo de preparación (70%) sobre el intento de suicidio. Así mismo, no habían en su mayoría elaborado ninguna nota despidiéndose (76.7%); no realizaron actos finales (70%), e intentaron ocultar sus intenciones (50%).

2.- Hizo planes definidos (ej. cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro)	6	20
	6	20
6.- GRADO DE PLANEACION DEL INTENTO SUICIDA		
0.-Ninguna planeación	20	66.7
1.-Mínima o moderada preparación	8	26.7
2.- Preparación extensa	2	6.7
7.- NOTA SOBRE EL SUICIDIO		
0.- Ausencia de nota	20	66.7
1.-Escribió una nota pero la rompió, o sólo penso en hacer la nota	1	3.3
2.- Presencia de nota	9	30
8.- COMUNICACIÓN ABIERTA SOBRE EL INTENTO ANTES DEL ACTO		
0.- Ninguna	19	63.3
1.- Comunicación equívoca	0	0
2.- Comunicación no equívoca (clara, definitiva)	11	36.7
9.- PROPÓSITO DEL INTENTO		
0.- Principalmente cambiar o manipular el ambiente	0	0
1.-Componentes entre "0" y "2"	16	53.3
2.- Principalmente para remover el "self" del medio ambiente	14	46.7
10.- EXPECTATIVAS CON RELACIÓN A LA FATALIDAD DEL ACTO		
0.- El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó acerca de eso	2	6.7
1.-El paciente pensó que la muerte era posible, pero no probable	14	46.7
2.- El paciente pensó que la muerte era probable y certera	14	46.7
11.-CONCEPCIONES DE LOS MÉTODOS DE MORTALIDAD (LETALIDAD)		
0.- El paciente hizo menos de lo que consideró si sería letal o no (ej. tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir)	6	20
1.- El paciente no estaba seguro o pensó que lo que hizo (ej. la dosis que tomó) sí podía ser mortal	15	50
2.- Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (ej. tomó suficiente cantidad o dosis mayor de lo que consideró		

DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS

necesario para quitarse la vida)	9	30
*No contesto		
12.- SERIEDAD DEL INTENTO		
0.- El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida	5	16.7
1.- El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida	10	33.3
2.- El paciente consideró que el acto fue un intento serio para dar fin a su vida	15	50
13.- AMBIVALENCIA HACIA EL VIVIR		
0.- El paciente no quería morir	3	10
1.- Al paciente no le importó si moría o vivía	20	66.7
2.- El paciente deseaba morir	7	23.3
14.- CONCEPCIÓN DE REVERSIBILIDAD		
0.-El paciente pensó que la muerte sería improbable si él/ella recibiera atención médica	7	23.3
1.-El paciente no estaba seguro si la muerte podría ser evitada por atención médica	10	33.3
2.- El paciente estaba seguro (a) que moriría aunque recibiera atención médica	13	43.3
15.- GRADO DE PREMEDITACIÓN		
0.- Ninguno - Impulsivo	24	80
1.-Suicidio contemplado por tres horas o menos, antes del intento	4	13.3
2.- Suicidio contemplado por más de tres horas, antes del intento	2	6.7
16.-REACCIÓN AL INTENTO³¹		
0.-Estaba arrepentido de haber intentado suicidarse	15	50
1.- Acepta tanto el intento como el hecho de que aún está vivo	7	23.3
2.- Se apena de estar vivo	8	26.7
17.- VISUALIZACIÓN DE LA MUERTE		
0.- Visto como "vida - después de la muerte", o reunión con descendientes	6	20
1.-Visto como un sueño u obscuridad	8	26.7
2.- Que aunque termina, no visualizó o pensó acerca de esto	16	53.3
18.- NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS		

³¹ De este pregunta en adelante, no deben incluirse en el puntaje total de la escala de intento de suicidio.

0 - Ninguno	0	0
1.- Uno o dos	22	73.3
2.- Tres o más	8	26.7
19.- CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL INTENTO		
1 - El paciente ingirió suficiente alcohol, de manera que estaba confundido y no sabía lo que estaba haciendo en el momento del intento	3	10
2.- El alcohol fue tomado para potencializar el efecto de los fármacos consumidos, o de otros métodos usados	2	10
*No consumieron alcohol	27	80
20.- CONSUMO DE DROGAS		
0.- El paciente estaba bajo los efectos de una droga, así que no supo lo que estaba haciendo en el momento del intento, o no estaba consciente de todas las implicaciones del intento	4	13.4
1.-La droga fue usada para liberar al paciente de inhibiciones, para poder realizar el intento	1	2.9
2.- La droga fue usada para potencializar y suplementar el método usado	4	13.4
*No estaba bajo los efectos de ningún tipo de droga	21	70

En relación a las circunstancias relacionadas con el intento, se destaca: que en su mayoría nadie estaba presente (70%) cuando intentaron atentar contra su vida; que lo programaron de tal manera que la intervención fuera altamente improbable (70%) y tomaron algunas precauciones activas para evitar que alguien las descubriera y pudiera evitar la consumación del intento. Asimismo, en la mayoría de los casos no se contactó o notificó a un ayudante potencial (76.7%).

Siendo congruente con los datos obtenidos en el ISS, las adolescentes en su mayoría no realizaron actos finales en la anticipación de perder la vida (60%), no tenían ninguna planeación (66.7%), no habían escrito ninguna nota

suicida (66.7%) y no comunicaron abiertamente su deseo de atentar contra su vida (63.3%).

El propósito del intento se distribuye entre cambiar o manipular el medio ambiente (53.3%) y para remover el self del medio (46.7%).

Sus expectativas en relación a la fatalidad del acto oscilaron entre pensar que la muerte era posible pero no probable (46.7%) y que la muerte era probable y certera (46.7%).

Cabe señalar que en su mayoría, las adolescentes, no estaban seguras de que lo que hicieron era suficiente para poner fin a su existencia (50%).

Por otra parte, el 50% de la población entrevistada consideró que su intento de suicidio fue un acto serio de dar fin a su vida. Coincidiendo con el ISS, las adolescentes, en su mayoría no les importó si morían o vivían. También siendo congruente con el instrumento anterior, el 80% afirmaron que fue un acto no planeado.

Después del intento de suicidio, la reacción del 50% de la población fue de arrepentimiento por haber intentado quitarse la vida; sin embargo, un 26.7% reportó apenarse de estar vivo. Por lo cual se podría identificar como un indicador de alto riesgo de que se produzca un nuevo intento por perder la vida.

Por otra parte, un porcentaje ligeramente superior a la mitad (53.3%), consideró a la muerte como "algo que termina, de lo cual, no han pensado más al respecto".

Es importante señalar que una tercera parte de las adolescentes entrevistadas habían presentado 3 o más intentos de suicidio.

Aunque el consumo de alcohol y/o algún tipo de droga se presentó en nuestra población, se manifestaron en un bajo porcentaje 20% y 9% respectivamente

**INDICADORES CLÍNICOS DE LA ESCALA DE MORALIDAD DEL INTENTO
FACTORES DE RIESGO
(N=30)**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FACTORES DE RIESGO		
I.- AGENTE USADO		
1.- Ingestión, cortada, puñalada	27	90
2.-Ahogado, asfixia, ahorcamiento	1	3.3
3.- Saltar, disparo	2	6.7
II.-CONCIENCIA DAÑADA		
1.-Ninguna en evidencia	8	26.7
2.- Confusión, semi-coma	21	70
3.- Coma, coma profundo	1	3.3
III.- LESION/INTOXICACION		
1.-Media	16	53.3
2.- Moderada	6	20
3.- Severa	8	26.7
IV.- REVERSIBILIDAD		
1.-Buena, se esperó completa recuperación	26	86.7
2.- Regular, se espera recuperación	3	10
3.-Pobre, se esperan daños residuales si hay recuperación	1	3.3
V.- TRATAMIENTO REQUERIDO		
1.-Ayuda primaria de emergencia hospitalaria	22	73.3
2.-Admisión en el hogar, tratamiento de rutina	7	23.7
3.-Tratamiento especial	1	3.3
FACTORES RESCATE		
I.- LOCACION, LOCALIDAD		
3.- Familiar	22	73.3

DE LOS ADOLESCENTES SUICIDAS

2.-No familiar, no remoto	3	10
1.- Remoto	5	16.7
II.- PERSONAS QUE INICIAN EL RESCATE		
3.- Persona clave	22	73.3
2.- Profesional	0	0
1.- Transeúnte	8	26.7
III.-PROBABILIDAD DE SER DESCUBIERTO POR ALGUIEN		
3.-Alta, muy certera	19	63.3
2.- Descubrimiento incierto	2	6.7
1.- Descubrimiento accidental	9	30
IV.- ACCESIBILIDAD AL RESCATE		
3.- Solicitó ayuda	8	26.6
2.- Dio índices o señales claves	8	26.6
1.- No pidió ayuda	14	46.6
V.- TIEMPO TRANSCURRIDO ANTES DE DESCUBRIRLO		
3.- Inmediatamente, 1 hora	10	33.3
2.- Menos de 4 horas	5	16.7
1.- Más de 4 horas	15	50

De la tabla anterior lo relevante a destacar es que el agente o método más utilizado fue la ingestión de medicamentos (90%); que después del intento de suicidio el 70% de la población quedó en estado de semiconfusión e incluso se presentaron algunos casos de semicoma. Asimismo, un alto porcentaje (86.7%) tuvo una buena recuperación, aunque el 73.3% requirió ayuda hospitalaria de emergencia.

Por otra parte, el 73% de las adolescentes entrevistadas fueron encontradas por sus familiares, inclusive por uno específico: padre, madre, hermano (a); quienes además son los que inician el rescate.

Como en su mayoría las adolescentes que intentaron suicidarse lo hicieron en su domicilio, la probabilidad de ser descubiertas por alguien fue muy

alta (63.3%). Sin embargo, casi la mitad de la población entrevistada no pidió ayuda después de intentar atentar contra su vida, de hecho en el 50% de los casos, habían pasado más de 4 horas antes de ser descubiertas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos de la población a la cual se le aplicó el FACES II, se caracterizaron por pertenecer en su mayoría a las **familias amalgamadas** en relación a el factor Cohesión, lo que quiere decir que existe una alta dependencia entre los miembros de la familia, lazos externos cerrados, coaliciones madre-hijo. Tiempo juntos máximo, tiempo separados al mínimo; poco o ningún espacio privado en casa; amigos limitados; se va a la pareja y a los amigos juntos toda la familia. Todas las decisiones personales y de relación se deben de hacer junto con la familia. Lo cual es congruente con lo encontrado por Eisenberg y Villegas (1987).

En relación a el factor Adaptación, se obtuvo que en su mayoría clasificaron dentro de la tipología **caótica**, lo que significa que se caracterizan por tener estilos pasivo-agresivos, pobre resolución de conflictos (negociación sin fin), cambio dramático de roles, ausencia de un líder y muchas reglas implícitas y pocas explícitas. Por lo que de acuerdo con Olson y cols. (1979) las ubica en los extremos de las 2 dimensiones.

Ya adentrándonos en nuestra población de interés, las adolescentes suicidas, encontramos que se caracterizaron por pertenecer a familias **rígidamente desvinculadas**, en donde se hizo patente la ausencia física del padre, lo cual reafirma lo encontrado por Ramírez, (1976); Leñero (1983) y Cueli, (1982, 1986). En donde aparentemente la madre funge como autoridad de la familia, en ocasiones una autoridad compartida con familiares o un nuevo cónyuge. Asimismo, centran en ella sus necesidades afectivas y /o emocionales; de tal forma que las expectativas acerca de ella y su relación son bastantes y de

diversa índole, se caracterizaron las adolescentes por ser sumamente demandantes.

Por otra parte, en la vinculación de el intento de suicidio con otras patologías, encontramos que : a) los casos de drogadicción fueron casi nulos en nuestra población entrevistada³²; b) los caos de bulimia aunque pocos, nos reafirman la posible función de la adolescente como depositaria de la problemática familiar -chivo expiatorio-; y c) el haber sido víctima de abuso sexual, por parte de familiares e incluso su mismo padre en algunos casos.

Recordemos que las adolescentes se encuentran en el proceso de reconstrucción de sí mismas, el desprendimiento del cuerpo de niñas y verse enfundadas en un cuerpo de formas curvilíneas con el consecuente despertar de las sensaciones e inquietudes sexuales, pretendiendo integrar esto a su autopercepción y la que tienen del mundo. El por demás violento ataque a su integridad ya es en sí difícil de elaborar, pero esa angustia que se vive en todo proceso de crecimiento es extrema ante una situación como un violación o intento de violación por parte de su padre. De acuerdo con Davidson (1992), el factor casi común en todos los casos de comportamientos suicidas, es la angustia, la cual llega a ser intolerable. Obviamente se necesita vínculos patológicos para que ocurra casos como este último, de ahí que un alto porcentaje de los familiares de las chicas con intento de suicidio se encuentra actualmente bajo atención psiquiátrica y/o psicológica, como se mencionó en los resultados. De lo que se desprende un contexto poco favorable para su desarrollo en donde los "modelos a seguir" probablemente sean internalizados,

cargados igualmente de intolerancia a la separación, fijación de roles infantiles, prohibiciones para las relaciones íntimas con el exterior, fragilidad como una característica; también un patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión, vínculos sadomasoquistas y relación de doble vínculo (Emerich, 1988).

Otra característica que se desprendió de los resultados es que las adolescentes se viven como "víctimas" en una gran proporción, ya que han sido objetos de distinto tipo de maltrato que va desde el verbal, hasta el sexual, como ya se mencionó anteriormente ¿Acaso están instauradas en la posición del por qué me sucedió o sucede esto a mí? ¿Es este uno de los primeros eslabones hacia la indefensión y la percepción del mundo como amenazante e inevitable?. Siguiendo esta misma línea se viven también como rechazadas, sienten que no toman en cuenta su opción, ya Grindder (1986), había mencionado el estado de labilidad emocional por el que pasan las adolescentes; sin embargo, a pesar de que en nuestro grupo control se llegó a presentar en pequeña proporción, en las chicas con intento de suicidio definitivamente fue relevante. Quizá uno de los factores fundamentales fue su falta de compromiso con la vida, ¿en quién si no en sus padres, familiares y amigos, está el proporcionarles un círculo de afecto y apoyo emocional a un ser humano? ¿Hasta qué punto la adolescente es coparticipe de esta situación?. Lo que sí tienen ellas claro, es el cómo les ha repercutido, desde olvidar cosas, sencillas, pelearse verbal o físicamente con sus familiares o personas cercanas a ellas, hasta el tener relaciones sexuales a temprana edad; bajar y subir de peso considerablemente o drogarse. Lo que nos lleva a cuestionarnos ¿Cuál es el punto de equilibrio entre los vínculos afectivos

³² El que no se encontrará una correlación entre el intento de suicidio y el uso /abuso de sustancias,

de los seres humanos', para Dubant (1987), "Amar a lo que se quiere y no atarse es también no atar a quien se ama: es la manera más noble de amar" (pág. 39). Como sociedad hemos aspirado a esta forma de vincularnos emocionalmente. El grupo de adolescentes con intento de suicidio son un espejo de lo mucho que sociedad-familia-diáda fomentamos; e ahí un espacio a modificar y crecer de inapreciable relevancia.

Ligado a lo anterior, un dato que se destacó en los resultados, es que un porcentaje considerable de las adolescentes con intento de suicidio ha estado relacionada con personas que se han suicidado o han intentado hacerlo. Ello contribuye a hacer aún más acuciante la pregunta ¿Cuál fue la condición que posibilitó estos intentos de suicidio, a pesar de la satisfacción de las necesidades más generales. Según Frankl (1990), el hecho sólo es explicable si se admite que el hombre tiende genuinamente a descubrir un sentido a su vida y a llenarlo de contenido.

Por otro lado, en nuestra población de adolescentes con intento de suicidio el número de intentos fue consistente con lo reportado por el INEGI (1994), las personas de sexo femenino, que presentan intento de suicidio, tienen antecedentes de intentos anteriores. Algunos autores atribuyen lo anterior a que los intentos e ideas suicidas son considerados como una conducta femenina, porque implica desesperanza, indecisión y, algunas veces la expectativa de ser rescatadas (Mondragón, Saltijera, Biembela y Borges, 1998).

De la amplia gama de causas que reportan las adolescentes, coinciden con las planteadas por Haberman & Garfike, (1988); Rotheram-Borus, Trautman Dopkins y Schrouf, (1990); Pichard, (1992); y Deikyn y Buka, (1994). Una historia de separación y pérdidas repetidas; y de padres con habilidades de enfrentamiento inadecuadas que tienen dificultades en organizar sus propias vidas y no están al tanto de los problemas de sus hijos. Problemas académicos, así como problemas en sus relaciones interpersonales y el haber estado expuesto a situaciones de abuso.

Por otra parte, a diferencia de lo reportado por Terroba y cols. (1984), encontramos que el método más empleado, fue el intento que quitarse la vida por medio de medicamentos. También fue distinto de los jóvenes ingleses, quienes en un estudio realizado por McClure (1994), se caracterizaron por emplear el ahorcamiento como método prioritario.

En relación a la variable ansiedad, el grupo con intento de suicidio presento ansiedad de intensa a extrema en cuando a rasgo, a diferencia del grupo control, que se manifesto con ansiedad de normal a intensa. En cuando a la ansiedad estado, las adolescentes con intento de suicidio también predomina la categoría de ansiedad intensa a extrema, por lo cual estos datos son congruentes con lo reportado por Terroba y cols. (1984), en la población de parasuicidas.

En cuanto a la dinámica familiar, las diferencias fueron evidentes, en el grupo control predominó una tipología familiar amalgamada-caótica, lo cual coincide con los datos que se obtuvieron cuando se evaluó el nivel de confiabilidad y validez del instrumento utilizado. En el grupo de intento de

suicidio predominó la tipología desvinculada en relación al factor cohesión, lo que quiere decir que el nivel de dependencia de los miembros de la familia es muy alto; sus lazos externos abiertos; los internos cerrados y los generacionales rígidos. Las coaliciones débiles, usadas como escapatorias. Que pasan su tiempo y espacio separados de la familia al máximo (físico y/o emocional). Sus amigos son individuales y tienen pocos amigos familiares. Toman sus decisiones individuales.

En relación a el factor adaptación, predominó la tipología rígida, que significa que se caracterizan por una asertividad estilo agresivo o pasivo, un líder autoritario, una autocrítica demasiado estricta, una negociación limitada, pobre resolución de problemas, rigidez de roles; así como reglas rígidas, demasiadas reglas explícitas y pocas reglas implícitas.

Por otra parte, en cuanto a la variable de uso/abuso de sustancias, encontramos que también se manifestó como una variable asociada al intento de suicidio, ya que hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Pasando a los pensamiento suicidas (ISS), encontramos que existe una ambivalencia hacia el deseo de morir, lo que es congruente con lo reportado por Shneidman y Stengel (1965) y Kovacs y Beck (cit. En Heman, 1984). Dato que se reafirmó en el instrumento que evaluó indicadores clínicos del intento de suicidio. Asimismo, otro aspecto que se manifestó consistentemente fue el no considerar un método específico, lo que nos habla del escaso o nulo nivel de planeación y que en su mayoría fueron actos presumiblemente impulsivos. En este último aspecto, diferimos de lo reportado por Facio y Tello (1996), quienes

encontraron en una investigación con adolescentes de sexo femenino que habían presentado intentos de suicidio, que el grado de premeditación a que tendió la suicida, fue contemplado por más de 3 horas antes del intento.

Cabe destacar también, que en su mayoría las adolescentes de nuestro grupo experimental predominó el arrepentimiento después del intento; sin embargo, la población que aún se apenaba de encontrarse con vida, tentativamente pudieran ser considerados como de alto riesgo.

Asimismo, es pertinente enfatizar la idea de las adolescentes con intento de suicidio, piensan que la muerte es algo que termina, pero que no han profundizado en ello. Por lo cual suponemos que el atentar contra su vida es una acción definitiva, para una situación transitoria.

Si bien es cierto que su recuperación física fue favorable, el tipo de medicamento ingerido, el nivel de repercusión en su organismo y el nivel de reversibilidad son indicadores importantes que nos pueden poner alertas sobre la probabilidad de un nuevo intento; desde luego aunado a el apenarse aún de estar con vida -como se mencionó anteriormente-. Además tomando en cuenta que su recuperación física no necesariamente va de la mano con la mental y/o emocional.

De lo anterior se puede **concluir** que:

- 1.-Una de las aportaciones de la presente investigación fue el realizar una investigación que permitió identificar la validez y confiabilidad del **FACES II** para población adolescente.
- 2.- Las características que presentan las adolescentes suicidas son las siguientes:

-De la aplicación del FACES II, se derivó que las adolescentes con intento de suicidio, se caracterizaron por tener una dinámica familiar **rígidamente desvinculada.**

-Las adolescentes que han intentado atentar contra su vida presentan antecedentes de maltrato, particularmente físico.

-Las adolescentes que han tenido algún intento de suicidio, se sienten rechazadas y ajenas a sus amigos y/o familiares; lo que ha repercutido en su salud, su sentir y las acciones auto-destructivas que han llevado a cabo.

-Consideran que su intento de suicidio en una proporción considerable, se vincula con su problemática familiar.

-Otro dato relevante es que personas cercanas a ellas se han suicidado o han intentado suicidarse.

-El 56.2% de las adolescentes que han intentado suicidarse, han reincidido; es decir, que volvieron a intentarlo entre 1 y 8 veces más.

-Sus niveles de ansiedad variaron entre ansiedad intensa y ansiedad extrema.

-Presentan depresión.

-Manifestaron igual número de razones para vivir que para morir.

-Consideran que el atentar contra su vida es un escape para no resolver sus problemas.

-Como no habían considerado un método y eligieron uno por su oportunidad, disponibilidad y no lo habían contemplaron más de un o tres horas; podríamos inferir que fue en general un acto impulsivo.

-En general no estaban seguras de que lo que hicieron (ingerir medicamentos, aventarse de la escalera, etcétera) era suficiente para acabar con su existencia.

-El 50% consideró que fue un acto serio de atentar contra su vida.

-El 53% consideró a la muerte como algo que termina, de lo cual no han pensado más al respecto.

-El método más utilizado fue la ingestión de medicamentos.

El presente trabajo solamente pretendió identificar características de adolescentes de sexo femenino; sin embargo, el realizar un estudio de adolescentes de sexo masculino nos permitiría indagar con mayor especificidad, si la variable género influye en el intento de suicidio, no sólo en proporción, como lo revelan algunas investigaciones, sino explorar con qué otros factores se relaciona. Por ejemplo la autoestima, que investigaciones recientes se ha descubierto es un factor protector, aunado a la percepción de apoyo familiar, y el ambiente familiar mismo (González-Fortez y cols 1998). Por lo cual se sugiere para futuras investigaciones retomar ambas poblaciones y retomar una amplia gama de factores.

Por otro lado, un estudio longitudinal sería ideal para observar como se comporta la problemática del adolescente suicida a través del tiempo. Así como en los casos que éstos se encuentren más estables emocionalmente, que expresen cierto nivel de satisfacción con ellos mismo, su vida y su entorno; poder analizar **¿qué sucedió?** . En el caso opuesto, cuántos se suicidaron y qué circunstancias que lo rodearon. Como dice Frankl:

Lo que importa no es tanto que la vida de una persona esté llena de dolor o de placer, sino que esté llena de sentido ... la autotrascendencia de la existencia humana se puede alcanzar en todo momento, cuando el ser humano apunta, por encima de sí mismo, hacia algo que no es él mismo, hacia algo, hacia un sentido que hay que cumplir, o hacia otro ser humano, a cuyo encuentro vamos con amor (Frankl, 1990).

No obstante, los seres humanos no estamos preparados para navegar por los caminos de la vida dejándonos fluir en cada día, sin lamentaciones, con valor, tomando de cada situación una enseñanza. Tenemos que aprender que hay una ardiente y extraña felicidad en el hecho de actuar sabiendo que este acto bien puede ser el último de nuestra vida.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., Knobel, M. (1989). La adolescencia normal. México. Editorial Paidós.
- Ackermar, N. (1988). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires. Editorial Hormé.
- Ajuriaguerra, J. (1983). Manual de psiquiatría infantil. México. Masson Editores.
- Andolfi, M. (1977). Terapia Familiar. México, Paidos.
- Arámbula G. y Vallejo C. (1996). Características estructurales de familias con pacientes esquizofrénicos adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología Social. México. Universidad de las Américas A. C.
- Barraclough, D. M. & Shepherd, M.A. (1994) "A Necessary Neologism: The Origin and Uses of Suicide". Suicide and Life-Threatening Behavior. Vol. 24 (2). The American Association of Suicidology. 113-125.
- Barriguete, A. (1983). El autor y su obra. Memorias de la sexta reunión del Forum Panamericano para el estudio de la adolescencia. México.
- Beck, Kovacs M., Weissman, A. (1979). "Assessment of Suicidal Intention: The Scale for suicide ideation." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 47 (2), 343-352.
- Beck, A.T., Schuley D. Herman Y. (1974). "Development of Suicidal Intent Scale". En: The predication of suicide. Beck A.T., Resnick H., Lettier; D. De. Charles Press Publisher, Inc. Maryland.
- Bertalanffy, L. von. (1968), Teoría General de los Sistemas. (Quinta reimpresión). México. Fondo de Cultura Económica.

- Bille-Brahe, MA, AND Jessen, MA. (1994)."The Frequency of Suicide in Individual Danish Birth Cohorts, 1922-1991". Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 24 (3). The American Association of Suicidology. 275-281
- Boletín de la Estadística de intentos de Suicidio y Suicidios, es Serie de Boletín de Estadísticas Continuas y Demográficas y Sociales. (1994). Instituto de Estadística, Geografía e Informáticas. México
- Borges G., Rosovsky Haydée, Caballero M. Y. Gómez Cecilia. (1994). "Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. p.p. 15-21.
- Bradford. K. Y Ross, L. (1985). Construcción de Terapias Familiares Sistémicas. Argentina . Amorrortu Editores.168-179-
- Braverman, S. (1986). Tipología familiar relacionada con aspectos Psico-socio-pedagógicos, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Tesis Profesional. P.p.46-48.
- Cárdenas, o. (1987). Efectos del rompimiento matrimonial en los hijos. Universidad de las Américas. Tesis Profesional.
- Cobos, F. (1983). ¿Y el adolescente ... qué?. Memorias de la sexta reunión del Forum Panamericano para el estudio de la Adolescencia. México.
- Cueli, J. (1982). "Teoría psico-social del marginado". En: el niño y la familia. Compendio del XI Congreso Mundial de la Federación Internacional para la Educación de los Padres. México.
- Cueli, J. (1986). La familia marginal urbana en la ciudad de México. Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Terapia Familiar. México.

- Davidson, S: Suicidio. En: Lorraine, S. (1992) *Agonía Muerte y Duelo*. México. Manual Moderno. 243-270.
- Del Valle M., (1991). "Detección de Psicopatología Familiar y sus repercusiones en el adolescente". Tesina presentada para la Especialidad en Paidopsiquiatría. México. Departamento de Salud Mental. UNAM.
- Deykin, Eva, Dr. PH and Buka S. (1994). "Suicidal Ideation and Attempts among Chemically Dependent Adolescents". *Am. J. Public Health*. 82: 634-639.
- Díaz Guerrero, R. Spielberger, CHD: Inventario de ansiedad: rasgo-estado. Manual e instrucciones. México, De. Manual moderno. 1975: 3-13.
- Diaz-Guerrero R. (1984). *Psicología del Mexicano*. México. Editorial Trillas.
- Dolto, Françoise, (1992). "Los suicidios de adolescentes: una epidemia oculta". En: *La causa de los adolescentes*. (4ª. De.). Buenos Aires, Six Barral.
- Dubat, M (1987) . *El camino del Guerrero*. Barcelona. Edit. Caspe.
- Dulano, E. (1972). "Crecimiento y desarrollo físico durante la pubertad y la adolescencia". En: *El adolescente y su circunstancia*. Asociación de médicos del Hospital Infantil de México, A. C. México. Impresiones Modernas. S.A.
- Durkheim, (1990). *El suicidio*. (3ª de.). México. Premia editora.
- Eisenberg, F. y Villegas, P. (1987). "Hacia un entendimiento del amalgamamiento en México". Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar. México. Universidad de las Américas.
- Emerich, J. A. (1988). "El Suicidio, la Familia y la Crisis". *Psicoterapia y Familia*. Vol. 1 . No. 2: 7-17.
- Erickson, E. (1985). *Sociedad y adolescencia*. México, Editorial Siglo XXI.
- Faberow, N y Shneidman.E, (1969). *Necesito ayuda*. México. Prensa Médica.

- Facio, F. y Tello A.M. (1996). Indicadores clínicos del intento suicida en adolescentes: estudio realizado en mujeres hospitalizadas. (Tesis que para optar por el grado de Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia). Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México.
- Ford, C., Beach, F. (1982). Conducta sexual. Barcelona. Editorial Fontanela.
- Foucault, M. (1977) "El poder sobre la vida y el derecho sobre la muerte". En: Historia de la Sexualidad I. México. Siglo XXI.
- Frankl, V. (1990). Ante el vacío existencial. (sexta edic.). España. Editorial Herder.
- Freud, S: (1917-1915-)."Duelo y Melancolía". En: Sigmund Freud. Obras Completas. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Tomo XIV.
- Goldberg, E. (1981) "Depression and Suicide Ideation in the Young Adult". Am. J. Psychiatry. 138: 1, January, 35-40.
- González Aldeco, Martha Cecilia (1990). "Perfil Clínico de la adolescente de la calle: un estudio exploratorio". Tesis de la licenciatura en Psicología de la conducta social. Universidad de las Américas A. P. México.
- 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. Vol. 18, No. 4, 41-48.
- González-Forteza, García, G., Medina-Mora y Sánchez, M. (1998). "Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios". Salud Mental. Volúmen 21 (3).

- González Nuñez, J. (1984). "Conducta antisocial; raíces y manifestaciones: la función del padre". *Revista de Psicología Aletehia* No. 5 . Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
- Grinder, R. (1986). *Adolescencia*. México. Editorial Limusa.
- Heman, A, (1984) "Deseo de Morir y realidad del Acto en sujetos con intento de suicidio". *Salud pública de México*. 26: 39-49.
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar (Foundations of Family Therapy: a Conceptual Framework for Systems Change)*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Jackson, D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quaterly*. 31:79-90.
- Kjelsberg, E., Neegaard. E., Dahl, A. (1994) "Suicide in adolescent psychiatric inpatients: Incidence and predictive factors". *Acta Psychiatr. Scand.*89: 235-241.
- Kosby, R., Silburn, S., Zubrick, S. (1990) "Are children in adolescence who have suicidal thoughts differents from thos who attemnt suicide?". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 178: 38-43.
- Kral, M. (1994) "Suicide as Social Logic". *Suicide and Life Threatening Behavior*. Vol. 24 (3). pp. 245-255.
- Lehalle, H. (1976). *Psicología de los adolescentes*. Barcelona. Editorial Crítica, Grupo Editorial Grijarbo.
- Leñero, L. (1983). *El fenómeno familiar en México*. México. Editado por el Instituto Mexicano de Ciencias Sociales.
- Lewis, J. (1986). Family structure and stress. *Famuly Process*. 25: 235-247.

- López, I. (1987). La encrucijada de la adolescencia. México. Ediciones y Distribuciones Hispánicas, S. A. de C. V.
- López, E., Medina-Mora, M. Villatoro, F., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., 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*. Vol. 18, No. 4, p.p. 25-32.
- Mariño, M. Medina-Mora M., Chaparro J. y González-Fortaleza C. (1993) "Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en una Muestra de Adolescentes Mexicanos". *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 10, No. 2, p.p. 141-145.
- Mc Clure G. (1994) "Suicide in Children and Adolescents in England and Wales 1960-1990". *British Journal of Psychiatry*. 165, p.p.510-514.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar. (Families & Family Therapy)*. (3era. Edición). México. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1988). *Técnicas de la Terapia Familiar . (Family Therapy Techniques)*. México. Paidós.
- Mondragón, L., Saltijera, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). "La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol". *Salud Mental*. Volúmen 21 (5). Pp-20-23.
- Morano, S. (1993) "Risk factors for adolescent suicidal behavior: loss, insufficient familiar support, and hopelessness". *Adolescence*. 28 (112).
- Monroy, A. (1985). *Pubertad, adolescencia y cultura. La salud del adolescente y el joven de las Américas*.

- Nolasco, N., Tovar, C. (1984) Estudio comparativo y correlativo entre la estructura familiar y el rendimiento académico en alumnos de ambos sexos. De primer año de una preparatoria privada en el Estado de México, durante el año escolar 1982-1983. Universidad Iberoamericana. Tesis profesional.
- Olson, D., Sprenkle, D., Russell, C. (1979) Circumplex model of marital and family systems: I. cohesion and adaptability dimensions family types, and clinical applications; Family Process; Vol. 18, Num. 1: 3-28.
- Onnis, L. (1990). Terapia Familiar de los Transtornos Psicósomáticos. España. Paidós.
- Pardo, M. (1984). A Systems approach towards understanding mexican Psychosomatic families. Tesis Doctoral, Columbia Pacific University. U.S.A.
- Peniche, W. (1985). "Familias con falla en el establecimiento de los límites; conductas disfuncionales de los hijos, características de los padres". Revista de Psicología Aletheia No. 6. Instituto de Investigaciones de Psicología Clínica y Social. México.
- Piacentini J., Rotheran-Borus M., Gillins, R., Graace F., Trautman P., Cantwell C., García-Leeds C. Y Shafter D. (1995). *. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63 No. 3 p.p. 469-473.
- Pilatowsky, V, Jiménez, M., Curiel, C. (1986). Estudio comparativo con base en el E.P.F.R.A., entre las poblaciones universitarias, U.D.L.A. y E.N.E.P. Acatlán, Universidad de las Américas. Tesis Profesional.

- Ramírez, (1977). El mexicano: Psicología de sus motivaciones. México. Grijalbo.
- Rappoport, L. (1986). La personalidad desde los 13 a los 25 años. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Reding, A. (1985). Vecinos distantes. Joaquín Moritz, Edit. México. Planeta.
- Rotheram-Borus, M, Trauman, R., Dopkins, S. (1990) " Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 58:554-561.
- Rynearson, E. (1981). "Suicide Internalized: An Existential Sequestrum". Am. J. Psychiatry 138:1, January, p.p. 84-87.
- Sampieri (1991). Métodos de Investigación. México, Editorial Trillas, pp.86-87.
- Sátor, V. (1982) Terapia familiar conjunta. México. Edit. La Prensa Médica Mexicana.
- Semmens, J, Krantz, K. (1980). El mundo del adolescente. México. Compañía Editorial Continental.
- Sieburg, E. (1985). Family Communication: An Integrated System Approach. New York: Gardner Press.
- Solórzano, L. (1972). "Adolescencia desarrollo emocional." En : El adolescente y su circunstancia. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, A. C: México. Impresiones Modernas. S. A.

- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y de los intentos suicidas*. Buenos Aires. Editorial Horme.
- Stone, L. Church, J. (1968). *El adolescente de los 13 a 20 años*. Buenos Aires. Ediciones Hormé S. A.
- Terroba Graciela y Saltijera M. (1983). "La Autopsia Psicológica como método de estudio para el suicidio". *Salud Pública de México*, Vol. 25, p.p. 285-293.
- Terroba Graciela, Heman A., Saltijera M., Martínez P., (1986). "El intento de suicidio en adolescentes Mexicanos: Algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos". *Salud Pública de México*, Vol. 4 No. 1, p.p. 448-55.
- Vega, X., Gil, A., Warheit, G., Apospori, E., Zimmerman, R. (1993) "The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among Arican American, Hispanic, and white non-Hispanic male adolescents". *Suicide life Threat Behav.* 23: 110-119.
- Weissman A., Worder J.W. (1974). *Risk-Rescue in suicide aassessment*. Resnik and Letiery: De. Charles Press. p.p. 193-213.

ANEXOS

ANEXO 1

NOMBRE: _____
SEXO: _____
EDAD: _____
EDO CIVIL: _____
TELEFONO: _____
ESCOLARIDAD: _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

NUMERO DE INTEGRANTES DE TU FAMILIA (CON QUIEN VIVES): _____
DESCRIBELOS:

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION	EDO.CIVIL
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

1.- ¿Tus padres viven aún? Si _____ No _____

2.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es negativa, contestar: quién falleció: _____ hace cuánto tiempo. _____ cuál fue la causa _____

3.- ¿Estás actualmente o has estado en algún momento recibiendo atención psiquiátrica o psicológica?
Si _____ No _____

4.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, durante cuánto tiempo: _____ en alguna institución pública _____ en atención privada _____ cuál fue el motivo de la consulta: _____

5.- ¿Algún miembro de tu familia está actualmente o ha recibido atención psiquiátrica o psicológica?
Si _____ No _____

6.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, durante cuánto tiempo: _____ en atención pública _____ privada: _____ nombre de la institución: _____ cuál fue el motivo de la consulta _____

MALTRATO

7.-¿ Consideras haber sido objeto de algún tipo de abuso por parte de alguno de tus padres o familiares cercanos? Si _____ No _____

8.- Si tu respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, por parte de quién: _____ a qué edad: _____, durante cuánto tiempo: _____, tipo de abuso: sexual: _____ emocional: _____ o físico: _____ por qué lo consideras así. _____

9.- ¿Cuáles son los principales problemas que tienes con tu familia? _____

10.- Cuando se toman decisiones importantes en tu familia ¿toman en cuenta tu opinión? Si _____ No _____, por qué _____

11.-¿Te sientes o de has sentido rechazado por algún miembro de tu familia? Si _____ No _____ por quién (puedes mencionar más de una persona) _____, por qué _____

12.- ¿El sentirte rechazado por algún miembro de tu familia de qué forma piensas que te ha afectado? _____

13.- ¿Podrías afirmar que tus problemas familiares se relacionan directamente con el pensamiento o intento de no querer vivir? Si _____ No _____, por qué: _____

14.-Algún miembro de tú familia o persona cercana a ti ha intentado suicidarse o se suicido? Si _____ No _____, quién: _____, que parentesco o relación tienes o tenias con esa persona: _____

hace cuanto tiempo fue que sucedió: _____, de qué manera: _____

a qué atribuyes el que haya tomado esa decisión en ese momento: _____

15.- ¿Alguna vez has intentado atentado contra tú vida? Si _____ No _____, cuántas veces: _____,
hace cuánto tiempo: _____, de qué manera: _____

a qué atribuyes el haber tomado esa decisión en el momento en que la llevaste a cabo: _____

ANEXO 2

NOMBRE
EDAD:
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD

SEXO
FECHA
OCUPACION

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a situaciones familiares. Teniendo en cuenta lo que sucede en tu familia, tu puedes responder a cada una de las preguntas, utilizando la siguiente escala:

- 1.- Casi Nunca
- 2.- De vez en cuando
- 3.- Algunas veces
- 4.- Frecuentemente
- 5.- Casi siempre

En el paréntesis que se encuentra a la derecha de cada pregunta, tu anota el número que consideres corresponde o se acerca más a su situación familiar. Si tienes duda, por favor manifiéstala.

- 1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles. ()
- 2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil exponer su opinión. ()
- 3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los miembros de la misma familia. ()
- 4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes. ()
- 5.- Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto. ()
- 6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina. ()
- 7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto. ()
- 8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones. ()
- 9.- En nuestra familia cada quien escoge su propio camino. ()
- 10.-Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia. ()
- 11.-Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia. ()
- 12.-Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.()
- 13.-Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar. ()
- 14.-Los miembros de la familia dicen lo que quieren. ()
- 15.-Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades. ()
- 16.-Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños. ()
- 17.- Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos con otros. ()
- 18.-La disciplina es razonable y justa en nuestra familia. ()
- 19.-Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que los propios miembros de la familia. ()

- 20.-Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas. ()
- 21.-Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer. ()
- 22.-En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades. ()
- 23.-Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma. ()
- 24.- En difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia. ()
- 25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa. ()
- 26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos. ()
- 27.- Aprobamos a los amigos de cada quien. ()
- 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos. ()
- 29.-En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total. ()
- 30.-Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros. ()

ANEXO 3

NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada afirmación y encierra en un círculo el número de días (0 a 7) que te sentiste durante la semana pasada.

	DIAS			
	(0)	(1)	(2)	(3)
1.-Me molestaron cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
2.-No tenía hambre, no tenía apetito	0	1-2	3-4	5-7
3.-Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
4.- Sentía que era tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
5.- Tenía problemas poniendo atención a lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
6.- Me sentía deprimido (a)	0	1-2	3-4	5-7
7.-Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1-2	3-4	5-7
8.- Veía un futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
9.- Pensé que mi vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
10.-Tenía miedo	0	1-2	3-4	5-7
11.-Dormí sin descanso	0	1-2	3-4	5-7
12.- Estaba feliz	0	1-2	3-4	5-7
13.- Platiqué menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
14.- Me sentí solo (a)	0	1-2	3-4	5-7
15.- Sentí que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
16.- Disfruté de la vida	0	1-2	3-4	5-7
17.- Lloraba a ratos	0	1-2	3-4	5-7
18.- Me sentía triste	0	1-2	3-4	5-7
19.- Sentía que no le caía bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
20.- No podía "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7

ANEXO 4

NOMBRE: _____

INTRUCCIONES: A continuación te voy a hacer unas preguntas que se refieren a la semana anterior al intento de suicidio (último o más reciente).

I.- ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE

1.- DESEO DE VIVIR

0. Moderado a fuerte

1.- Leve

2.- Nulo

2. DESEO DE MORIR

0.- Nulo

1.- Leve

2.- Moderado a fuerte

3.- RAZONES PARA VIVIR/MORIR

0.- Más razones para vivir que para morir

1.- Razones por igual

2.- Más razones para morir que para vivir

4.- DESEO DE HACER UN INTENTO DE SUICIDIO¹

0.- Nulo

1.- Leve

2.- Moderado a fuerte

5.- PLANEACION

0.- Pensaba en tomar precauciones para salvar su vida

1.- Pensaba en dejar a la suerte si me salvaba o moría

2.- Pensaba en tomar las precauciones necesarias para evitar que salvaran.

II.- CARACTERISTICAS DEL DESEO/IDEACION SUICIDA

6.- DURACION

¹ Si cuatro preguntas fueron calificadas con cero, o las preguntas cuatro y cinco fueron "cero", no aplicar las secciones II, III y IV de esta escala de ideación suicida.

0.- Períodos cortos

1.- Períodos largos

2.- Períodos continuos (crónicos)

7.- FRECUENCIA

0.- Raro, ocasional

1.- Intermitente

2.- Persistente o continuo

8.-ACTITUD HACIA EL DESEO/IDEACION SUICIDA

0.- De rechazo

1.- Ambivalente, indiferente

2.- De aceptación

9.- CONTROL SOBRE EL DESEO DEL ACTO SUICIDA/ "ACTING OUT"

0.- Tenía sentido de control

1.- Inseguro de control

2.- Sin sentido de control

10.- FACTORES QUE IMPIDEN EL INTENTO SUICIDA ACTIVO (EJEMPLOS: FAMILIA, RELIGIÓN, CONSECUENCIAS INVALIDANTES, IRREVERSIBLES, ETC.).

0.- Muy determinantes

1.- Poco determinantes

2.- Nada determinantes

11.- RAZÓN PARA CONSIDERAR SUICIDARSE

0.- Manipular el medio ambiente, obtener atención, ganancias, etc.

1.- Combinación de 0 y 2

2.- Escapar, resolver problemas, etc

III.- CARACTERISTICAS DE LA IDEACION DEL INTENTO SUICIDA.

12.- MÉTODO: ESPECÍFICO Y PLANEACIÓN

0.- No considerado

1.- Considerado, pero no detallado

2.- Bien definido y detallado

13.- MÉTODO: DISPONIBILIDAD/OPORTUNIDAD

0.- Método no disponible ni oportuno

1.- Método que podía tomar tiempo/ esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.

2ª.- Método y oportunidad disponibles.

2b.- Futura oportunidad o disponibilidad de método con anticipación.

14.- SENTIDO DE CAPACIDAD (SENTIRSE CAPAZ) PARA REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO.

0.- Sin coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente

1.- Inseguro, incompetente

2.- Seguro, con coraje

15.- EXPECTACIÓN/ANTICIPACIÓN DEL INTENTO ACTUAL

0.- No

1.- Inseguro, incompetente

2.- Seguro, con coraje

16.- PREPARACIÓN ACTUAL

0.- Ninguna

1.- Parcial (Ej. empezar a juntar pastillas)

2.- Completa (Ej. tener píldoras, cuerda, pistola)

IV.- ACTUALIZACION DEL INTENTO CONTEMPLADO

17.- NOTA SUICIDA

0.- Ninguna

1.- Empezar la nota pero no concluirla, o no dejarla; sólo pensarla

2.- Completarla y dejarla ala vista

18.- ACTOS FINALES ANTECEDENTES A LA MUERTE (SEGURO DE VIDA, TESTAMENTO, REGALOS, ETC.)

0.- Ninguno

1.- Pensarlo o hacer algunos trámites

2.- Hacer planes definitivos o completar los trámites

19.- OCULTAMIENTO DEL INTENTO COMPLETO

0.- Rebeló las ideas abiertamente

1.- Se abstuvo de revelarlas

2.- Intentó mentir u ocultarlo

NOMBRE: _____

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO

1.- AISLAMIENTO

0.- Alguien estaba presente cuando intento suicidarse

1.- Alguien estaba presente cerca o en contacto (ej. teléfono)

2.- Nadie estaba presente

2.- TIEMPO

0.- Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la comunicación del acto

1.- Programado de tal manera que la intervención no era probable

2.- Programado de manera que la intervención era altamente improbable

3.- TOMO ALGUNA PRECAUCION PARA EVITAR QUE ALGUIEN LO DESCUBRIERA Y PUDIERA EVITAR LA CONSUMACIÓN DEL INTENTO

0.- No se tomó ninguna

1.- Precaución pasiva como evitar a otros, pero no hacer algo para prevenir la intervención

2.- Precaución activa (ej. puerta cerrada con llave)

4.- ACTUAR PARA OBTENER AYUDA DURANTE/DESPUÉS DEL INTENTO

0.- Notificó a un ayudante potencial sobre el intento

1.- Contactó pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento

2.- No contactó o notificó a un ayudante potencial

5.- ACTOS FINALES EN LA ANTICIPACION DE LA MUERTE

0.- Ninguna

1.- EL paciente pensó cómo hacer (o hizo) algún arreglo anticipado a la muerte

2.- Hizo planes definidos (ej. cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro)

6.- GRADO DE PLANEACION DEL INTENTO SUICIDA

0.-Ninguna planeación

1.-Mínima o moderada preparación

2.- Preparación extensa

7.- NOTA SOBRE EL SUICIDIO

0.- Ausencia de nota

1.-Escribió una nota pero la rompió, o sólo penso en hacer la nota

2.- Presencia de nota

8.- COMUNICACIÓN ABIERTA SOBRE EL INTENTO ANTES DEL ACTO

0.- Ninguna

1.- Comunicación equívoca

2.- Comunicación no equívoca (clara, definitiva)

9.- PROPÓSITO DEL INTENTO

0.- Principalmente cambiar o manipular el ambiente

1.-Componentes entre "0" y "2"

2.- Principalmente para remover el "self" del medio ambiente

10.- EXPECTATIVAS CON RELACIÓN A LA FATALIDAD DEL ACTO

0.- El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó acerca de eso

1.-El paciente pensó que la muerte era posible, pero no probable

2.- El paciente pensó que la muerte era probable y certera

11.-CONCEPCIONES DE LOS MÉTODOS DE MORTALIDAD (LETALIDAD)

0.- El paciente hizo menos de lo que consideró si sería letal o no (ej. tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir)

1.- El paciente no estaba seguro o pensó que lo que hizo (ej. la dosis que tomó) sí podía ser mortal

2.- Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (ej. tomó suficiente cantidad o dosis mayor de lo que consideró necesario para quitarse la vida)

12.- SERIEDAD DEL INTENTO

0.- El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida

1.- El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida

2.- El paciente consideró que el acto fue un intento serio para dar fin a su vida

13.- AMBIVALENCIA HACIA EL VIVIR

0.- El paciente no quería morir

1.- Al paciente no le importó si moría o vivía

2.- El paciente deseaba morir

14.- CONCEPCIÓN DE REVERSIBILIDAD

0.-El paciente pensó que la muerte sería improbable si él/ella recibiera atención médica

1.-El paciente no estaba seguro si la muerte podría ser evitada por atención médica

2.- El paciente estaba seguro (a) que moriría aunque recibiera atención médica

15.- GRADO DE PREMEDITACIÓN

0.- Ninguno - Impulsivo

1.-Suicidio contemplado por tres horas o menos, antes del intento

2.- Suicidio contemplado por más de tres horas, antes del intento

16.-REACCIÓN AL INTENTO¹

0.-Estaba arrepentido de haber intentado suicidarse

1.- Acepta tanto el intento como el hecho-de que aún está vivo

2.- Se apena de estar vivo

17.- VISUALIZACIÓN DE LA MUERTE

0.- Visto como "vida - después de la muerte", o reunión con descendientes

1.-Visto como un sueño u oscuridad

2.- Que aunque termina, no visualizó o pensó acerca de esto

18.- NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS

0.- Ninguno

1.- Uno o dos

2.- Tres o más

19.- CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL INTENTO

1.- El paciente ingirió suficiente alcohol, de manera que estaba confundido y no sabía lo que estaba haciendo en el momento del intento

2.- El alcohol fue tomado para potencializar el efecto de los fármacos consumidos, o de otros métodos usados

20.- CONSUMO DE DROGAS

0.- El paciente estaba bajo los efectos de una droga, así que no supo lo que estaba haciendo en el momento del intento, o no estaba consciente de todas las implicaciones del intento

1.-La droga fue usada para liberar al paciente de inhibiciones, para poder realizar el intento

2.- La droga fue usada para potencializar y suplementar el método usado

¹ De esta pregunta en adelante, no deben incluirse en el puntaje total de la escala de intento de suicidio.

ANEXO 6

NOMBRE: _____

MORALIDAD DEL INTENTO/ESCALA RIESGO-RESCATE

FACTORES DE RIESGO

I.- AGENTE USADO

- 1.- Ingestión, cortada, puñalada
- 2.- Ahogado, asfixia, ahorcamiento
- 3.- Saltar, disparo

II.- CONCIENCIA DAÑADA

- 1.- Ninguna en evidencia
- 2.- Confusión, semi-coma
- 3.- Coma, coma profundo

III.- LESION/INTOXICACION

- 1.- Media
- 2.- Moderada
- 3.- Severa

IV.- REVERSIBILIDAD

- 1.- Buena, se esperó completa recuperación
- 2.- Regular, se espera recuperación
- 3.- Pobre, se esperan daños residuales si hay recuperación

V.- TRATAMIENTO REQUERIDO

- 1.- Ayuda primaria de emergencia hospitalaria
- 2.- Admisión en el hogar, tratamiento de rutina
- 3.- Tratamiento especial

FACTORES RESCATE

I.- LOCACION, LOCALIDAD

- 3.- Familiar
- 2.- No familiar, no remoto
- 1.- Remoto

II.- PERSONAS QUE INICIAN EL RESCATE

3.- Persona clave

2.- Profesional

1.- Transeúnte

III.-PROBABILIDAD DE SER DESCUBIERTO POR ALGUIEN

3.-Alta, muy certera

2.- Descubrimiento incierto

1.- Descubrimiento accidental

IV.- ACCESIBILIDAD AL RESCATE

3.- Solicitó ayuda

2.- Dio índices o señales claves

1.- No pidió ayuda

V.- TIEMPO TRANSCURRIDO ANTES DE DESCUBRILO

3.- Inmediatamente, 1 hora

2.- Menos de 4 horas

1.- Más de 4 horas

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D.Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F González-Reigosa, L: Natalicio y

R Díaz-Guerrero

NOMBRE: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

4 Mucho

3 Bastante

2 Un poco

1 No en lo absoluto

1.- Me siento calmado	(1)	(2)	(3)	(4)
2.- Me siento seguro	(1)	(2)	(3)	(4)
3.- Estoy tenso	(1)	(2)	(3)	(4)
4.- Estoy contrariado	(1)	(2)	(3)	(4)
5.- Estoy a gusto	(1)	(2)	(3)	(4)
6.- Me siento alterado	(1)	(2)	(3)	(4)
7.- Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	(1)	(2)	(3)	(4)
8.- Me siento cansado	(1)	(2)	(3)	(4)
9.- Me siento ansioso	(1)	(2)	(3)	(4)
10.- Me siento cómodo	(1)	(2)	(3)	(4)
11.- Me siento con confianza en mí mismo	(1)	(2)	(3)	(4)
12.- Me siento nervioso	(1)	(2)	(3)	(4)
13.- Me siento agitado	(1)	(2)	(3)	(4)
14.- Me siento "a punto de explotar"	(1)	(2)	(3)	(4)
15.- Me siento reposado	(1)	(2)	(3)	(4)
16.- Me siento satisfecho	(1)	(2)	(3)	(4)
18.- Me siento muy excitado	(1)	(2)	(3)	(4)
19.- Me siento alegre	(1)	(2)	(3)	(4)
20.- Me siento bien	(1)	(2)	(3)	(4)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

4.- Casi siempre

3.- Frecuentemente

2.- Algunas veces

1.- Casi nunca

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 21.- Me siento bien | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22.- Me canso rápidamente | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23.- Siento ganas de llorar | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25.- Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26.- Me siento descansado | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27.- Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28.- Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30.- Soy feliz | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31.- Tomo las cosas muy a pecho . | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32.- Me falta confianza en mí mismo . | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33.- Me siento seguro .. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34.- Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35.- Me siento melancólico . | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36.- Me siento satisfecho | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37.- Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38.- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39.- Soy una persona estable | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40.- Cuando pienso en asuntos que tengo entre mandos me pongo tenso y alterado | (1) | (2) | (3) | (4) |

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES: Contesta todas las preguntas si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la que se acerque a la verdad en tu caso.

Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario. Pon una "X" en el paréntesis que corresponda a tu respuesta.

1.- ¿Has tenido dificultades porque consumes droga o bebidas alcohólicas en la escuela?

Si () No ()

2.- ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?

Si () No ()

3.- ¿Sueles perderte de actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?

Si () No ()

4.- ¿Has sentido que eres adicto al alcohol o las drogas?

Si () No ()

5.- ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?

Si () No ()

6.- ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?

Si () No ()

7.- ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

Si () No ()

8.- ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto de alcohol o de drogas?

Si () No ()

9.- ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?

Si () No ()

10.El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?

Si () No ()

11.-¿El uso de alcohol y drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?

Si () No ()

12.-¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido alcohol o drogas?

Si () No ()

13.-¿Te han dicho alguna vez tus familiares que deber reducir el uso de alcohol o drogas?

Si () No ()

14.-¿Discutes seriamente con tus familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

Si () No ()

15.-¿Las bebidas alcohólicas o drogas de han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?

Si () No ()

16.-¿tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o a las drogas que consumes?

Si () No ()

17.-¿Has sentido que no pueden controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

Si () No ()