



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTENTO SUICIDA:  
PROPUESTA DE UN TALLER POSVENTIVO DE APOYO  
PARA MUJERES ADOLESCENTES.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:  
AGUEDA ROSALBA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:  
LIC. AÍDA ARACELI MENDOZA IBARROLA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2012.



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.

Agradezco a:

La Universidad Nacional Autónoma de México por haberme proveído de un capital cultural con el que me he desenvuelto por la vida.

A la Facultad de Psicología por haber desarrollado mi campo de interés en el bienestar humano

A la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología por el programa "Titúlate/Gradúate", que me abrió las puertas para el cierre de un ciclo.

A la profesora Aída Araceli Mendoza Ibarrola por su asesoría, recomendaciones, aportaciones siempre valiosas y acertadas. Gracias por su acompañamiento en el proceso.

A Juan Manuel Gálvez Noguez por su apoyo oportuno y pertinente, así como su paciencia y ecuanimidad.

A Águeda, mi madre, por su inmensa generosidad en toda la vida.

A Aldara, y las banderitas.

A Elei, y el río pánico.

A Enia, gato, soy tu pequeña hija.

A Laura, por estar siempre cerca, solicita y presta.

A Adrián y los billetes voladores.

A Asael y los jeans con panda.

A Leonardo por la toma de agua y las mangueras.

A José por tantos y tantos libros.

A Octavio...

A todos los que me han dado lecciones invaluable siempre.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO UNO. LA ADOLESCENCIA.....	4
1.1 Revisión del contexto histórico de la adolescencia.....	4
1.2 La etimología y la definición de adolescencia.....	10
1.3 Aspecto fisiológico: la pubertad femenina.....	15
1.4 Aspectos teóricos de la psicología de la adolescencia.....	19
CAPÍTULO DOS. UN TRASTORNO EN LA ADOLESCENCIA: LA DEPRESIÓN.....	29
2.1 La Etimología, historia y definiciones de la depresión.....	29
2.2 La depresión en las adolescentes.....	40
2.3 La depresión como signo suicida en las adolescentes.....	48
CAPÍTULO TRES. INTENTO SUICIDA EN LAS ADOLESCENTES.....	53
3.1 Historia del suicidio.....	53
3.2 Aportes teóricos sobre el suicidio.....	62
3.3 Ideación e intento suicida en las adolescentes.....	69
PROPUESTA DE UN TALLER POSVENTIVO PARA MUJERES ADOLESCENTES.....	77
Justificación.....	77
CONCLUSIONES.....	112
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	115
Anexo 1.....	117
Recomendaciones para la entrevista inicial.....	117
REFERENCIAS.....	120

## INTRODUCCIÓN

El suicidio perturba porque remite a la propia muerte. Como dice Bleichmar es el “terror de todo ser humano frente al tema de la muerte y la agresividad dentro de sí mismo” (Berengueras, 2009) Es difícil reconocer los sentimientos que produce. A la muerte se le rehúye por desconocida, porque no se sabe a dónde conduce. Históricamente las antiguas civilizaciones otorgaban a sus muertos las ofrendas mortuorias para que los acompañaran en el tránsito a lo desconocido, con la esperanza de que fuera igual que la vida, en cuyo caso necesitarían de los mismos avituallamientos Sus deudos los proveían para su arribo al lugar que los esperaba después de morir. El consuelo para los que quedaban era pensar que habría un reencuentro. La única certeza, ahora, es que al morir, de la forma que sea, incluido el suicidio, cesan las funciones vitales.

El suicidio sigue siendo un *enigma*; aún con toda la cantidad de estudios producidos recientemente, no se alcanza a comprender cabalmente la razón de tal decisión, vasta en matices y diferencias; el suicidio es oscuro y misterioso desde sus orígenes, es un discurso ininteligible, es un logogrifo, una adivinanza, un acertijo.

Aunque el concepto haya cambiado y exista un enfoque científico para hablar del suicidio, los propios especialistas de los diferentes campos del conocimiento llegan, ocasionalmente, a dejar traslucir cierto prejuicio o postura moral. Un ejemplo de ello incluso es la manera de nombrar al acto como autoagresión, homicidio de uno mismo, conducta autolítica.

La vida aporta la oportunidad de gozar del sol, de la luz, de los seres queridos, entre un sinnúmero más de cosas agradables. A algunos les basta con el hecho simple de estar vivos. Optar por cesar de encontrarse cada día con los placeres que otorga la existencia es inentendible, para algunas personas. Para las jóvenes que deciden tomar la alternativa del suicidio es la única opción con la que les parece que cuentan, como medida para resolver *el problema*.

Que las jóvenes adolescentes decidan intentar el suicidio es un acontecimiento determinado multifactorialmente. Intervienen factores sociales, económicos, culturales, interpersonales, intrapersonales, de salud pública, etc.

Los estudios actuales se han centrado en la prevención del acto suicida, en identificar causas y factores que pueden coadyuvar a que este fenómeno de salud pública decrezca, sin embargo los esfuerzos no son suficientes pues es la segunda causa de muerte para los jóvenes, después de los accidentes de tráfico.

Cuando el suicidio se queda en intento se produjo, de alguna manera, el cese de la intención, queda, entonces la joven en una situación de crisis que tiene que ser superada con ayuda. La atención si hubo lesión física, puede ser de tipo médico, incluso hospitalaria; la intervención psiquiátrica es la alternativa que permite la administración de los fármacos que coadyuvarán en la resolución fisiológica de la depresión, que generalmente es el trasfondo, de la tristeza extrema, de la apatía, de la desesperanza. La psicología aportará la atención personal con sus diferentes posibilidades en concordancia con las técnicas y esquemas teóricos que maneje el psicólogo consultado y con su experiencia y entendimiento del suicidio.

Es desde esta perspectiva, la psicológica, que se plantea el objetivo de este trabajo recepcional.

El objetivo fue hacer una propuesta para un taller grupal donde las jóvenes adolescentes mujeres que han intentado suicidio, una vez superada la crisis posterior, habiendo trabajado en un espacio individual sus motivos y estando bajo la supervisión médica pertinente puedan, con cierto tiempo de distancia de por medio, manejar el intento desde la perspectiva de la creatividad para mostrarse a sí mismas capaces de mirar de una manera diferente su propio actuar, de remontar el pasado doloroso desde la propia construcción de sí mismas en un afán por ver la vida de forma más lúdica, tal vez con más entereza y más aceptación. De reencontrarse ellas mismas.

En el primer capítulo se realizó una vista panorámica de lo que significa ser adolescente. Para ello se consideró indispensable mirar la historia del concepto de adolescencia así como las prácticas, usos y costumbres sociales en torno a él. Se enmarcó el concepto en la actualidad en los aportes teóricos realizados por dos teóricos importantes pos freudianos Aberastury y Blos.

En el segundo capítulo se aborda la depresión una de las causales, quizá la más importante del intento suicida en las adolescentes. La historia nuevamente es relevante para el entendimiento de la depresión y se realiza una síntesis somera, pues el material es vastísimo, de cómo ha lidiado la humanidad con este mal que la ha aquejado siempre. Se aborda la evolución histórica del concepto y se aterriza con el resultado de algunas investigaciones en la actualidad que lo vinculan como causal del intento suicida en la adolescencia.

En el tercer capítulo el suicidio aparece como el protagonista de múltiples entendimientos a lo largo de la historia y se intenta dar una visión clara de lo que ahora significa. El intento suicida es tal vez lo que pudo haber sido y no fue. Es una nueva posibilidad para mirar la vida desde otra perspectiva, aunque podrá observarse que los estudios realizados en adolescentes encuentran en sus resultados que quien lo hizo una vez lo volverá a hacer...

Como parte final se propone un posible Taller Posventivo para Mujeres Adolescentes que se propondría aportar a las jóvenes que han intentado suicidio conocimientos sobre la depresión y el intento suicida en el entendimiento de que conocer las proveería de las herramientas necesarias para enfrentar de una manera distinta sus propios conflictos. El planteamiento es que deberían apropiarse de una nueva óptica de sí mismas en la que ellas participarían por medio de su propia creatividad artística a través de la libre expresión pictórica. Las conclusiones se dan en función de la revisión bibliográfica realizada. En Alcances y Limitaciones se encuentran las posibles ventajas de realizar un taller como el propuesto pero también las limitantes considerando fundamentalmente el tipo de población para la que se propone dicho taller.



# CAPÍTULO UNO. LA ADOLESCENCIA

## 1.1 Revisión del contexto histórico de la adolescencia.

“parado frente al espejo me pregunto quién es esa persona”  
Tony Hall, de 16 años.  
“el tema central de la adolescencia es el hallazgo de sí mismo”

Stone y Church (1959).  
“Yo estaba muy atemorizada por los cambios

Sexuales que ocurrían en mi cuerpo...

No supe exactamente por qué ocurría”

(Dreyfus)

El contexto social, educativo, cultural y económico a lo largo de la historia del hombre produce concepciones diferentes para entender los diversos fenómenos que le atañen. Es el caso del concepto de adolescencia y de cómo la idea ha variado con el transcurrir del tiempo.

En la antigua Roma la adolescencia duraba un largo período, comprendido entre los trece y los treinta años de un joven, del sexo masculino. Las mujeres lo eran a partir de los diecisiete ya no pasaban por la adolescencia pues estaban destinadas al matrimonio, en esa temprana edad.

Las antiguas civilizaciones griega y romana consideraban a la juventud impetuosa, con poco freno, llenos de energía y vitalidad, volubles, impacientes y necesitados de libertad: Aristóteles los describía así:

“los jóvenes son apasionados, irascibles y tienden a dejarse llevar por sus impulsos, particularmente los sexuales...son volubles y sus deseos inconstantes, además de transitorios y vehementes...todo lo llevan al extremo, aún tratándose del amor, el odio...” (Conger J. , 1980).

Hesíodo, el poeta griego autor de “Los trabajos y los días”, en siglo VIII A.C. se refería del modo siguiente a la adolescencia “...todos los jóvenes son increíblemente imprudentes...los jóvenes de hoy son demasiado avisados y la sujeción los impacienta” (Maffei, sf).

La visión de esta juventud es muy cercana a la actual, sin embargo, en esta época estaba bien visto el infanticidio de un hijo que no cubría los requisitos de perfección física que eran deseables en ese tiempo. Hipócrates decía que la época estuvo caracterizada por la intolerancia a los problemas físicos, emocionales e intelectuales. Las prácticas de abuso e infanticidio eran toleradas. (González Barrón, 2000)

Hipócrates, padre de la medicina, en el siglo V a.C. hacía ensayos para clasificar la vida humana en períodos de siete años cada una, al parecer este era un número que tenía características mágicas: "...la edad del niño pequeño concluye a los siete años, cuando cambian sus dientes; desde el niño hasta la producción del licor espermático, son dos veces siete años; desde el adolescente hasta la aparición de la barba son tres veces siete años" (Fize, 1998). Los romanos y los griegos eran liberales, consideraban estas diferencias y las respetaban, tratándose evidentemente de varones y de un estrato económico elevado.

En otros momentos de la historia, ni por asomo se vislumbraba un período distinto al de la adultez. En la Edad Media el tránsito por la adolescencia no existía. Los niños eran tratados como adultos y considerados de la misma forma. Eran fuerza de trabajo barata y casi sin valor por lo que podían ser maltratados, injuriados, humillados y se podía disponer de ellos, de su propia vida, de ser necesario, si no eran útiles para el trabajo que se les asignaba:

"... el niño no era ni reconocido, esperándose de él una conducta similar a la del adulto, pero sin sus derechos, y considerándose propiedad de los padres a todos los efectos... se calcula que dos tercios de los niños morían antes de alcanzar los cuatro años, y los que sobrevivían se convertían en una mercancía de gran valor como fuerza de trabajo. La falta de estatus del niño en la sociedad implicaba también que no se le prestara atención..." (González Barrón, 2000).

Por supuesto que el estrato social de pertenencia es importante en esta concepción, los más desfavorecidos sufrían en mayor medida.

También los hijos de los nobles franceses sufrían por las costumbres de la época. Los hijos eran apartados de sus padres e iban a vivir como campesinos al lado de las nodrizas. “¿Hay algo menos atrayente que un montón de niños que gritan? Uno dice papá el otro mamá y el otro llora...” (Badinter, 1981). Que los padres de alcurnia se ocuparan de la educación de los hijos estaba mal visto. Los hijos crecían como extraños para sus padres. Montesquieu, citado por R. P. Dainville (Badinter, 1981) decía “de acuerdo con nuestras costumbres, ni el padre ni la madre crían ya a sus hijos, ni los alimentan...una mujer que demostrara preocuparse por ellos faltaría a la elegancia”.

Con respecto a la juventud, en un bando, de 25 años antes de la revolución francesa, se autoriza a los padres de familia a denunciar a los hijos, jóvenes, que “hubiesen caído en conductas capaces de poner en peligro el honor y la tranquilidad de sus familias”. Se les castigaba llevándolos a la isla de la Desirade, a cumplir con trabajos rudos, con mala alimentación y estricta vigilancia. Tal vez volvían, de ese lugar, pero no al seno de su familia. (Badinter, 1981)

Las jóvenes de cierta posición tenían que encontrar en el matrimonio la salida hacia la edad adulta, no era necesario conocer al cónyuge, pero si tener una dote. Sin la dote, tendrían que permanecer en la casa paterna, ser sirvientas o irse a un convento. Cuando su destino era este último, a veces lo iniciaban a la edad de seis años y al retornar a la casa paterna eran unas desconocidas que más bien estorbaban. Madame Sevigne se arrepiente, refiriéndose a su hija y en una carta dirigida a madame Grignan dice “haber cometido la barbarie de encarcelarla”. (Badinter, 1981).

La diferencia entre un género y otro salta a la vista. Sin embargo a la autoridad paterna no escapaban ni los hijos ni las hijas, frente al desacato la vara era el remedio.

Los cambios empezarán con John Locke en Inglaterra. ( citado en González Barrón, 2000). Él tenía una postura ambientalista con respecto a la educación del niño, precursora de las ideas de Watson y Freud. Locke pensaba que los niños y

los adultos tenían cualidades diferentes. El niño contaba con la capacidad para experimentar y la capacidad de sentir que los inducía a la reflexión.

En Francia, Jean Jacques Rousseau (1762,1976) tendría ideas innovadoras con respecto a la educación. El educador propicia el desarrollo físico y emocional del niño tomando como base el potencial natural. Rousseau ( 1762, 1976) que dedica parte de Emilio a la “edad de la razón”, entre los doce y trece años dice: “aquí nace el hombre a la vida y nada humano le es extraño” (p.6), piensa que es como un segundo nacimiento.

La consideración que guardará hacia el niño, es también un ocultamiento del adolescente pues es este el que representa el peligro de la naciente sexualidad de la que es portador, es necesario protegerlo de sí mismo prolongando la adolescencia; ¿cómo? pues a través de técnicas pedagógicas, que heredera la escuela actual: “la burguesía encierra a sus hijas en el hogar y manda a sus hijos al liceo- un encierro menos brutal porque la escuela aparece a fin de cuentas como un lugar de reencuentro entre pares” (Fize, 1998).

La adolescencia casi como la conocemos hoy fue creada en el siglo XIX cuando la escuela se convierte en un aliado de la burguesía para “asegurar el poder de sus hijos sobre el saber” (Fize, 1998).

Los adolescentes son los varones a los que hay que resguardar de los peligros que para sí mismos representan, porque son una promesa y una esperanza para sus padres, en masculino, pues las mujeres están reservadas para casarse lo más pronto posible.

Se llama “padre de la adolescencia” a Stanley Hall, que en 1904 ( citado en Fize, 1998) publicará un tratado abundantísimo llamado “La adolescencia, su psicología y su relación con la fisiología, la antropología, la sociología, el sexo, el crimen, y la educación”. En ese texto describe a la adolescencia como la etapa comprendida entre los 12 años, hasta la adultez entre los 22 y los 25 años .Considera que esta etapa es donde aparece la característica “realmente humana”.

Describe al adolescente como lleno de contradicciones, de energía desbordante o desganado, deprimido, tímido; dice que puede pasar de una a otra de estas emociones sin ningún control de por medio. El joven desea la soledad. A veces es tierno y otras veces agresivo, necesita amigos, grupos e ídolos. Hall se inspiró en Darwin y considera que cada etapa de la vida del hombre corresponde a una similar en la historia de la humanidad.

En las culturas originarias el tiempo púber, con los cambios corporales que evidencian el pasaje a la adultez, se atraviesa la adolescencia por medio de un rito de paso, que le da al joven el acceso a la sexualidad adulta activa. La adolescencia es muy corta, a diferencia de lo que ha ocurrido en las sociedades occidentalizadas.

Los quintos en España, o el “seijin shiki” o venida de la edad en Japón, o la fiesta de quince años, en México, serían ejemplos actuales, en cierta medida equivalente a los ritos de paso de las sociedades originales.

Dolto ( citada en Obiols, 2000) considera que en los años treinta la adolescencia era una “crisis subjetiva”, por la que se tenía que transitar con presteza para ser un adulto y actuar como ellos.

Para los años cincuenta la adolescencia ya se había institucionalizado “como una experiencia filosófica, un paso obligado de la conciencia” (Obiols, 2000). La experiencia es diferente en función del estrato económico de procedencia, para los más pobres llegar a la adultez es más rápido y lo hacen por la vía del trabajo, o del ejercicio prematuro de la paternidad. En los sectores medios “la adolescencia se constituye como un producto nuevo, no ya un rito de pasaje, o iniciación sino toda una etapa de la vida con conflictos propios” (Obiols, 2000).

Obiols (2000) encuentra que la modernidad pone énfasis en convertirse en adulto, la infancia no importa. Sin embargo los estudios dedicados a la infancia por los psicoanalistas dieron un viraje hacia la primacía del niño, este escenario lo ocupará después el adolescente, más o menos al final de la Segunda Guerra Mundial.

Actualmente la adolescencia se ha convertido en el momento de la vida deseable. Los niños quieren llegar a la adolescencia y los adultos no quieren dejar de ser jóvenes.

En síntesis se puede afirmar que los griegos y los romanos en la antigüedad tuvieron la capacidad para distinguir períodos diferenciados de la vida, dentro de los cuales la adolescencia estaba considerada.

El concepto de adolescencia cayó en desuso en la Edad Media, así como las prebendas a los menores. Desapareció la transición entre niñez y etapa adulta de la vida. La consecuencia fue el maltrato hacia la infancia y la juventud. La aparición de corrientes pedagógicas novedosas hizo posible reconsiderar a la juventud. Aparecieron, en consecuencia las escuelas.

En los liceos los jóvenes, varones, tuvieron oportunidad de saber, lo que les concedía poder. El concepto de adolescencia giro en torno a la adolescencia masculina. Las mujeres en los aspectos, tanto educativo como social fueron relegadas. Su papel fue el de preservadoras del patrimonio, por medio del matrimonio y la procreación.

El estrato social de pertenencia es importante para tener o no tener adolescencia, incluso hasta hoy.

El adolescente incomoda a los otros en tanto portador de una sexualidad recién redescubierta, en su modalidad adulta, apta para la reproducción.

Hacia los siglos XIX y XX la situación se transforma, sobre todo para la mujer. Ella ha podido participar, desde entonces, en otros ámbitos de la vida vedados antes para el sexo femenino, incluso se ha convertido en icono de lo deseable, la juventud interminable, la eterna adolescencia.

La sociedad posmoderna necesita un cambio de concepción, la adolescencia debe ser incluida rápidamente en su encargo social. El concepto de adolescencia está tamizado por las circunstancias sociales, por ello, en ciertos momentos, privan ciertas características. Será necesario ahora actualizar el concepto considerando las variantes actuales, de la situación intrapsíquica del adolescente del siglo XXI.

Los expertos en diferentes áreas del conocimiento, psicología, psiquiatría, medicina, pedagogía, por citar sólo algunas, se adjudican el derecho del entendimiento y manejo del adolescente. Cada campo de conocimiento atiende necesidades particulares relacionadas con su objeto de estudio. Innegablemente ha habido transformaciones positivas, sin embargo de aquí en adelante habrá que multiplicar los esfuerzos en pro de otorgar a la juventud su sitio justo.

## 1.2 La etimología y la definición de adolescencia.

El significado y el uso que se les da a las palabras, a lo largo del tiempo, tiene que ser conocido para no cometer los mismos errores, como indica el estudio de la historia. Conocer el pasado para no repetirlo.

La palabra adolescencia proviene de una raíz indoeuropea cuyo significado es *nutrir*. Se identifican tres familias semánticas: *alere*, que significa *nutrir* pero también *hacer crecer*; *altus* que quiere decir *que acabó de crecer*, *adulescens*, *que está creciendo*, *adultus*, *que dejó de crecer*. (Fize, 1998)

*Adolescere* es un término latino que significa ir creciendo, convertirse en adulto; por otra parte muy alejado del término *adolecer* del cual erróneamente se ha derivado todo tipo de ideas sobre las supuestas falencias de los jóvenes. (Obiols, 2000).

*Adulescens*, participio presente del verbo *adolescere*, significa crecer. (González Nuñez, 2001) En griego *alo*, *yo hago crecer*; *aldanein*, *desarrollar*. En latín: *alere*, *alimentar*; *adolescere*, *crecer*, *tomar cuerpo*, *desarrollarse*; *doleré*, *dolerse*, *sentir*; *dolescere*, *frecuentativo de doleré*. (Maffei, sf).

La palabra adolescente la menciona Ovidio que le hace imaginar el *dinamismo* (citado en Fize, 1998). En el arte de Amar la emplea Platón como *la belleza que no dura* y Cicerón en su *De senectute*, emplea *adulescentia*.

En la Edad Media, la palabra *adulescentia* empleada por los romanos estará casi olvidada.

En Francia la palabra adolescencia se emplea junto con otras como *infans*, *puer* o *juvenis* que tienen alguna clase de semejanza porque designan una incompletud,

que puede ser física o mental. A los jóvenes también se les designa de acuerdo al oficio que están aprendiendo como *jovene, jovente, o jouvencel*. (Fize, 1998)

Claro que en estas designaciones intervienen también las posiciones sociales y a los jóvenes nobles se les llamara *damoiseau o page* cuando no lo han reconocido como caballeros. Los que aún no son nombrados caballeros, pero que son mayores, por edad en relación a los que también pertenecen a la nobleza: *valet o ecuye*. *Bachelier* es un joven propietario rural o el que ha alcanzado su nombramiento en el primer grado del oficio que realizará. Todas estas son designaciones para los que inician en la adultez (Fize, 1998).

En español son sinónimos equivalentes a los anteriores *mozo, zagala, joven, efebo, doncel, mozalbeta, mozuela, muchacha, mocosa, pipiola, chava, morra, señorita*, entre otros.

Los norteamericanos emplean el término *teenager* para designar a las personas que transitan por las edades entre los trece y diecinueve años, *preteen* para antes de los trece. Es sin embargo una palabra que además de restringir, en torno a la edad, posee connotaciones peyorativas, socialmente hablando, pues a los teenager se les califica de violentos, agresivos, o de delincuentes. La palabra *young* se usa en el ámbito formal de la legalidad, que se refiere al adolescente que no ha cumplido dieciocho años y que para la ley aún depende de los padres en asuntos tales como conseguir créditos, avalamientos etc. (Rice, 2000)

En México a las jóvenes se les llama *quinceañeras* y en algunos círculos sociales se les llega a decir *pubertas*.

Se revisó someramente la semántica de la palabra adolescencia, así como los usos y costumbres alrededor de ella. Ahora se revisará el concepto en forma general, para hacerlo con más detalle en otro apartado.

La Organización Mundial de la Salud en su Declaración de Derechos del Niño, considera desde el punto de vista cronológico que la adolescencia temprana está comprendida entre los diez y los catorce años y la adolescencia tardía entre los



catorce y diecinueve. Esta institución entiende por niño a “todo ser humano menor de dieciocho años”. (OMS, 2000).

Una vez que cumple los dieciocho años será considerado adulto y deberá de cumplir con las obligaciones necesarias, sin embargo, no tendrá la formación necesaria a nivel escolar para que sus logros sean equiparables a los de los otros adultos, salvo las excepciones que forman los equipos de alto rendimiento en los deportes, por ejemplo.

Gesell (1997) en su libro *El adolescente de 10 a 16 años*, ubica el inicio de la adolescencia a los 11 años aproximadamente. Describe a los adolescentes como llenos de vitalidad, energía y entusiasmo. Telma Reca, la prologuista de este autor, señala que en estudios anteriores describía al adolescente como melancólico, aislado, angustiado.

Para Stone y Church ( citados en Maffei, sf) la adolescencia es el período de crecimiento rápido desde el tiempo de pre pubertad hasta la plenitud de la madurez física. Definieron a la “persona en crecimiento” de los 13 a los 20 años. El período de crecimiento psicológico se alcanza con la madurez social, que es señalada por los adultos circundantes.

Dolto (1990) habla de forma imprecisa con respecto a la edad. Para ella es importante el concepto de adolescencia prolongada. La madurez se adquiere en cuanto se tiene independencia económica y propone como salida de ella el criterio internacional que dicta la declaración de derechos del niño, a la edad de 18 años.

Para Rice (2000) la adolescencia es un periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. Es gradual e indeterminada, conduce a la madurez, que es el estado en el que la persona ya alcanzó el desarrollo en las áreas física, emocional, intelectual y espiritual.

Para autores como Doron y Parot (2008) es el período en el que el ser humano se encuentra en una etapa formativa, en distintos aspectos relevantes para él mismo y para la sociedad. Está próximo a convertirse en adulto. Se encuentra en la formación de una nueva identidad. La adolescencia es una fase de

reestructuración de la personalidad que involucra lo intelectual y lo afectivo del ser humano. Es un proceso de reencuentro con la propia identidad, surgida de una negociación entre “pérdidas, lutos y desilusiones” Es un proceso de separación, de individuación, de reactivación del conflicto edípico, de la adquisición de nuevos objetos libidinales, después de haber renunciado a los primeros, que fueron las imágenes parentales de la infancia, es asumir la separación y lograr autonomía.

Adolescencia es una noción ambigua, que se presta a confusión con otras como juventud y pubertad. La pubertad es el desarrollo estrictamente físico que conduce a la sexualidad adulta, nueva y desconocida hasta ese momento, que se activa para dar paso a la reproducción. La adolescencia también se define como un hecho social., “es un fenómeno complejo lleno de realidades biológicas y mentales pero también sociales y culturales”. (Fize, 1998)

Sociológicamente se trata de una transición entre la niñez y de la adultez; desde la psicología es un tiempo de adaptación, de la conducta infantil a la conducta adulta; cronológicamente es un periodo que abarca desde los 11 años, hasta la cercanía con los treinta. (Ramos, 2003)

Alberoni (1999) encuentra que la adolescencia es la etapa de maduración cuyo obstáculo principal es la infancia y lo que en ella hubo, los objetos de amor del pasado adquieren otras dimensiones, “pierden su significado y adquieren otro nuevo”

La adolescencia es una “experiencia clínica” para Aberastury ( 2004) .Con ello quiere significar que es un período en donde resulta complejo hacer un claro deslinde entre lo normal y lo que no lo es. La adolescencia en momentos se asemeja a una entidad nosológica.

Desde un enfoque médico se considera que la adolescencia es un período privilegiado de la vida porque las capacidades están en plenitud. Algunos médicos consideran que la maduración del ser humano y el crecimiento son procesos continuos, para ellos todas las transiciones desde la infancia hasta la adultez son paulatinas.

En la adolescencia, hay cambios rápidos físicos, psicológicos y sociales en pos de la madurez. Las variaciones están en función de la genética, del ambiente y de la salud. En este tiempo las necesidades nutricionales son abundantes, para las mujeres el calcio y el hierro son fundamentales.

Los cambios psicológicos incluyen las opciones educativas, ocupacionales, las nuevas relaciones, la maternidad que causan confusión y afectaciones en la salud física y emocional.

Desde el punto de vista de los especialistas en medicina, los comportamientos adolescentes tienen un sustrato genético, útil en la evolución como especie humana, pero que ahora ya no encajan en la sociedad actual. Para apoyar este argumento mencionan que las diferencias de género relacionadas con la reproducción se han expresado de la misma forma desde hace millones de años. Desde entonces existen las conductas agresivas del género masculino y las maternales del femenino, sin embargo ahora ya no se expresan de forma natural.

“La llamada de la naturaleza...provee de instrucciones al adolescente para actuar perpetuando la especie es lo que llamamos comportamiento anormal del adolescente pues dichos comportamientos ya no son deseables en la actualidad. Como aún no es posible cambiar el código genético la vía para resolver sería entender las necesidades de los adolescentes” (Casas, s.f.)

Otro aspecto a considerar en las características generales de la adolescencia es el que menciona Pérez Barrero (2006). Él asevera que los cambios adolescentes, las crisis y los conflictos son “esencialmente positivos”.

En la adolescencia hay cambios en los órganos internos que generalmente no se mencionan y a los que no se les da importancia, como el tamaño de los pulmones o del corazón o los endocrinológicos y metabólicos que explican los episodios de fatiga, sueño, pesadez, torpeza y los trastornos emocionales y conductuales para los que no se encuentra una explicación.

Aunque algunos autores consideran la adolescencia y la juventud como iguales para otros existen diferencias:

“Un adolescente es un ser humano que pasó la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación ya sea en lo referente a su capacitación profesional, a la estructuración de su personalidad o a la identidad sexual”. “...joven...designa a alguien que ya ha adquirido responsabilidades y cierta cuota de poder, que ha madurado su personalidad y tiene establecida su identidad sexual, más allá de que no tenga pareja estable o no sea totalmente autosuficiente en lo económico”. (Obiols, 2000)

En resumen existen diversos criterios para definir en forma general el concepto de adolescencia. El criterio de edad cronológica, el del estatus alcanzado legalmente, dentro de la sociedad de que se trate, el ritual de iniciación o rito de paso. Los cambios físicos, de apariencia, los fisiológicos, emocionales y psicológicos proporcionan la pauta para reconocer la entrada de una niña en el periodo adolescente. Concluirá cuando se haya tomado una decisión en cuanto a la vocación; exista un plan de vida, más o menos definido, que sea coherente con las exigencias sociales, relativas a la época y que satisfagan los criterios del papel femenino vigente.

### 1.3 Aspecto fisiológico: la pubertad femenina.

La niña tendrá que hacer frente a la *revolución biológica* que significa la adolescencia. Los cambios serán abundantes. Habrá una modificación en su apariencia, en su talla, en su peso, en sus dimensiones corporales, la invadirán hormonas, que antes su cuerpo desconocía, aparecerán sus características sexuales, primarias y secundarias, cambiará su estado de ánimo y sus intereses; experimentará el apetito sexual y su desarrollo mental se aproximará al de los adultos. Todas estas transformaciones tienen un costo, que tendrá que pagar, en muchas ocasiones, con el elevado precio de la inconformidad personal y el estupor que le produce.

El término *hebiología* es empleado para referirse a la adolescencia femenina, exclusivamente dice Compayne ( citado en Escobar , 2009)

El crecimiento masivo en este período de la vida se denomina pubertad que “proviene de la palabra latina *pubertas* que significa la *edad de la hombría*” (Conger,1980), curioso nombre si se analiza el proceso en función del sexo

femenino. Como sinónimo también se emplea el término *pubescencia*, para referirse al período completo, literalmente significa *peludo* o *veloso*. Es el primer momento de la madurez sexual. La edad en la que inicia varía de una persona a otra. Debido al crecimiento de las diferentes partes del cuerpo en cierto momento la adolescente, actuarán con torpeza, sus necesidades alimenticias variarán y hasta se sentirán incómodas con la aparición de las características sexuales.

Algunos autores como Carmichael ( citado en Maffei, sf) consideran que la pubertad marca el inicio de la adolescencia: “desde el punto de vista fisiológico, una persona es adolescente, al advenimiento de la pubertad y al adquirir la capacidad reproductora”, Desde la perspectiva biológica, la adolescencia se considera como un período de maduración física y sexual que va apareado con cambios evolutivos en el cuerpo de la niña. (Rice,2000). Adolescencia es un concepto distinto al de pubertad. La pubertad es la parte biológica de la adolescencia. (Fize,1998)

La pubertad es la etapa fisiológica en la que se presentan cambios debido al crecimiento y la diferenciación. Es la edad en la que una persona está capacitada sexualmente para tener hijos, sin embargo, generalmente se usa para indicar el proceso madurativo que transcurre en todos los años en los que paulatinamente van apareciendo las características primarias y secundarias.

Según Rice (2000) y Escobar (2009) la pubertad comprende cuatro años, los dos primeros años el cuerpo prepara los cambios físicos que le darán la capacidad para la reproducción y los dos últimos se concluye afinando los detalles. Uno de los primeros eventos es que el hipotálamo dará la señal a la hipófisis para secretar gonadotrofinas, responsables de la aparición de la menstruación en la mujer.

En la, hasta entonces niña, empezará a funcionar de manera acentuada el estradiol que propiciará la aparición de un pequeño nódulo en las mamas, e iniciará a partir de ese momento el crecimiento mamario, se presentarán modificaciones a nivel vulvar, como cambio de color y aspecto, aparecerá el vello pubiano y axilar. El cambio de estatura es uno de los primeros que se notarán, los pies y las piernas crecerán primero. También cambiará la proporción corporal. La

estatura estará determinada por la genética de cada chica. Cambiará su olor infantil por otro que se percibe como desagradable. Producirá el organismo más ácidos grasos que intervendrán en la aparición de acné.

Estos cambios se observarán entre los once y catorce años, aproximadamente de manera normal.

En las jóvenes, resulta inconfundible el inicio porque se presenta la menarca. El rango de aparición de la menarquía o menarca puede oscilar entre los ocho y los dieciocho años, casi siempre se presenta cuando se ha dado el máximo crecimiento de talla y peso. Como patologías, en este tiempo se presentan la amenorrea, que es la ausencia o cese del flujo menstrual. Otra anomalía es la pubertad precoz, que se produce por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas, menciona Arnett, (citado en Escobar,2009).

Algunos estudios consideran que actualmente debido a la mejor alimentación, que propicia un incremento en la grasa corporal de las jóvenes se presenta la menarca a una edad más temprana. El ejercicio excesivo retrasa su aparición, dice Starger. (citado en Rice,2000).

Factores como el estrés ambiental producen cambios en el inicio de la pubertad, por ejemplo Ellis ( citado en Rice,2000) ha encontrado que las chicas que forman parte de una familia en donde ha habido divorcio, presentan su menarca antes que las que pertenecen a una “familia intacta”, donde el padre y la madre permanecen juntos y ninguno ha tenido otra pareja, antes o después. Moffit, Caspi, Belski y Silva (citados en Rice,2000) proponen, como explicación para los cambios de aparición en la menarca, que frente a un conflicto provocado por estrés, el organismo de la chica metaboliza en menor medida, lo que provoca la menarquía temprana.

La pubertad es casi universal ya que los cambios que en ella se manifiestan varían muy levemente de un contexto social a otro, en cuanto a lo biológico. Además de lo ya dicho sobre la fisiología del período adolescente, la adolescente

tiene que reconocer como parte del proceso la aceptación de su identidad sexual y asumirse como mujer. (Conger J. , 1980)

El atractivo físico es un factor determinante en el desarrollo de las adolescentes pues las que lo poseen son tratadas de forma distinta, es una ventaja natural sobre las otras. Para las chicas es muy importante su rostro, su peso y su constitución, sus dientes, sus piernas, su cintura. Su cuerpo es fuente de confusiones y amarguras incluso a las bellas, les produce tensión e inseguridad.

El conocimiento de los cambios físicos, de las emociones ambivalentes que se suscitan por ellos, puede ser más llevadero con información adecuada y oportuna proporcionada por la familia o por la escuela.

Las jóvenes requieren de una especie de acompañamiento respetuoso y a cierta distancia. Uno de los grandes logros en la pubertad es la aceptación del aspecto físico.

La maduración física y sexual afecta la percepción personal. Los cambios hormonales afectan el humor en las mujeres con una tendencia hacia la depresión, según Arranz (citado en Escobar,2009).En período púber se dará el último incremento en la capacidad intelectual. Iniciará la etapa del pensamiento, en la que podrá emplear la lógica deductiva, las operaciones formales que menciona Piaget. Se adaptará a la realidad y la comprenderá mejor, dice Téllez. (citado en Escobar, 2009)

El cambio físico conlleva el psicológico también, en este momento de crecimiento la joven tendrá una confusión de identidad, de la que saldrá cuando su yo se halla fortalecido. Formará su identidad modificando y sintetizando identificaciones anteriores, organizando para ello sus capacidades, necesidades e intereses que luego serán probados en la sociedad.

Menciona Castillo (citado en Escobar, 2009), en la pubertad se crece tanto en calidad como en cantidad. El cambio es físico, intelectual y emocional.

Todo cambio en la vida es continuo pues la vida es un proceso. Después de la pubertad la mujer pasará por períodos complejos de modificaciones fisiológicas,

como son el tránsito por la maternidad, la menopausia y luego la senectud todo ello implica nuevas adaptaciones.

#### 1.4 Aspectos teóricos de la psicología de la adolescencia.

El valor fundamental de la adolescencia, para Aberastury ( 2004) es que la joven buscará en ella su identidad adulta. Lo hará con el apoyo de sus antiguos objetos de amor, imágenes parentales internalizadas en contacto con la realidad social. Por el proceso psicológico que se desarrolla, junto con las transformaciones biológicas y físicas de la adolescencia, logrará su madurez genital.

Esta autora definirá la adolescencia como:

“La etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo de la identidad infantil” (Aberastury, 2004,p.39).

Aberastury y Knobel (1988) le llaman al proceso *Síndrome de la adolescencia normal*. La propuesta para entender la adolescencia normal desde este enfoque incluye el paso por tres duelos importantes, por los que transitará toda adolescente que son:

1) *El duelo para desprenderse de su cuerpo infantil*. La adolescente vive la transformación física que tiene lugar en su cuerpo como algo ajeno a ella, que no puede modificar. No acepta los cambios físicos que se producen en él.

2) *El duelo por la identidad infantil y el rol que jugó en la infancia*. La ausencia paulatina de su infancia le pone frente a responsabilidades que no sabe si podrá cumplir. Se tendrá que desprender del mundo infantil que le cobijó, en el que se sentía segura, protegida, dependiente, con sus necesidades básicas satisfechas.



3) *Tendrá que renunciar a los padres con los que vivió en su infancia.* Fueron los padres protectores, que intentará retener para no renunciar a lo que le es conocido. Al mismo tiempo desea alejarlos para buscar su nueva identidad.

La adolescente vive como un duelo normal todas estas pérdidas. La conducta de la adolescente se parece a la psicopatía, pues se vuelve fluctuante entre la dependencia y la independencia extrema. Teme desprenderse pero hay un impulso que le dicta hacerlo. Su defensa es el temor a perder lo ya conocido.

En el medio familiar y social se vivirán las consecuencias de las contradicciones de la adolescente, que vive entre confusiones y ambivalencias. Su comportamiento es semejante al de una psicópata. El abandonar las relaciones interpersonales de la infancia la llena de inestabilidad.

El proceso anteriormente descrito es el resultado de la interacción con el medio y de la falta de aceptación de los padres, pues ellos reeditan sus propios conflictos adolescentes, no resueltos. En los padres aparecen ansiedades básicas, que ellos ya creían controladas en sí mismos.

La adolescente sufre por la realidad frustrante; la sociedad la hace el blanco de la maldad, permitiendo que reciba la agresión del mundo adulto. Es la receptora de las fallas sociales de los aspectos más enfermos del medio, a la vez que de los conflictos proyectivos de los miembros de su familia. Para poder elaborar los duelos la adolescente usa un modo psicopático característico, que excluye el pensamiento conceptual lógico y lo sustituye por acción. Lo hará mientras llega al mundo adulto. En ciertas circunstancias el duelo podría convertirse en patológico realmente.

El *Síndrome normal de la adolescencia* presenta síntomas que lo caracterizan:

*Búsqueda de sí mismo y de la identidad:* La Identificación, la individualidad biológica y social del ser psicofísico, es la idea del sí mismo. Lo anterior se conseguirá como consecuencia de los cambios físicos, que obligan a la adolescente a perder su imagen corporal y su identidad infantil para encontrar la nueva identidad adulta. Para lograrla se reactivan las etapas pregenitales de la

evolución. Recurrirá, también, a la uniformidad, que es una identificación masiva con objeto de encontrar seguridad, autoestima, sentir la pertenencia a un grupo y a veces acudirá a las identidades negativas. Al final logrará una identidad independiente alejada de las figuras parentales.

*Tendencia Grupal:* El grupo tomará el relevo de la familia. La chica se volverá dependiente de él. El grupo representa su oposición a las figuras parentales. Adoptará la apariencia, de los amigos, en cuanto a forma de vestir, hablar, gustos, preferencias, distintas a las del ambiente familiar; alejadas de las figuras parentales. Es la forma activa de intentar una identidad diferente a la de su medio infantil familiar, será irresponsable o cruel. Son los mecanismos de defensa frente a la culpa y el duelo por la infancia que acaba de perder.

*Necesidad de intelectualizar y fantasear:* los cambios que sobrevienen a la adolescente tales como la renuncia al cuerpo infantil, a su rol infantil, a los padres de la infancia, a la bisexualidad de la infancia, le hacen sentir impotente. Al no poder modificar la realidad externa, recurre entonces a fantasías como un mecanismo de defensa, acude a la intelectualización como una manera de ajustarse emocionalmente.

*Crisis Religiosas:* Son una forma de resolver la angustia que enfrenta al ir en busca de identificaciones positivas. La respuesta a la muerte de su cuerpo infantil y la cercanía de la muerte real de los padres. Fluctuará en sus creencias religiosas de un extremo a otro.

*Desubicación temporal:* En el tiempo de la adolescente predomina el proceso primario, no existe la postergación, no configura contradicciones. El tiempo para ella está en función de su ritmo corporal, de sus necesidades de comer, dormir; el tiempo sólo es presente, su organización es sincrética. Cambiará a medida que supera el duelo.

*Evolución sexual desde autoerotismo hasta la heterosexualidad:* La sexualidad adolescente va de la actividad masturbatoria hasta la genitalidad. Inicia explorando e investigando, se prepara, así, para la procreación y la maternidad. Tiene que aceptar su genitalidad para ir en busca de pareja. El enamoramiento sustituirá a la

pérdida de los objetos parentales. Tendrá que resolverse el complejo de Edipo, elaborar los duelos y podrá, entonces, reconocer su heterosexualidad, como mujer, para ello requerirá de las figuras parentales.

*Actitud social reivindicatoria:* La familia es la primera representante de la sociedad. Su cambio lo atribuye al cambio previo de los padres. Ellos recibirán su odio, su envidia. La sociedad le produce frustraciones y reaccionará siendo destructiva. Podrá asumir el fracaso por medio de la elaboración de los duelos; si esto ocurre, su actitud al entrar al mundo adulto será positiva, con ideas de transformación.

*Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta:* La adolescente es débil. Sus defensas y continuas contradicciones le dan la posibilidad de elaborar los duelos. Está dominada por la acción, sin una línea de conducta. Su inestabilidad es la normalidad de otra forma los rasgos psicopáticos se habrían consolidado. Son los adultos circundantes los que no toleran los cambios y la inestabilidad, ni las identidades transitorias u ocasionales.

*Separación progresiva de los padres:* Una escena primaria amorosa le facilita separarse de sus padres. La internalización de unas imágenes parentales definidas en sus roles, es un buen pronóstico para convertirse en adulta. La separación no estará exenta de angustia, pero dependerá de cómo se halla desarrollado la fase genital previa y las experiencias infantiles previas a la adolescencia. En los padres la genitalidad de las hijas despierta angustia, pero de ellos depende la buena evolución de los hijos hacia una genitalidad madura en un plano adulto.

*Constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo:* La ansiedad y la depresión acompañarán al duelo. La calidad de los duelos provocará que se presenten o no estos sentimientos. La introyección y la proyección obligan a la adolescente a realizar rápidas modificaciones en su estado de ánimo, incluso puede caer en una especie de autismo debido a la soledad y la desesperanza en la que se ve sumergida, puede presentar una crisis maniaco-depresiva miniatura, con euforia desmedida y después una depresión, por la pérdida del objeto.

Para Peter Blos (1992) la adolescencia es “la suma de todos los intentos por sujetarse a la etapa de la pubertad” Es el final de la etapa genital del desarrollo psicosexual. Gross. (citado en Escobar, 2009) cree que es el proceso de volverse una persona separada. La adolescente se desprende de la familia y de los lazos infantiles.

A continuación se hará una síntesis de las etapas de la adolescencia de acuerdo con Peter Blos (1992) incluyendo la referencia de edad, que aporta González Núñez; (2001) .El asignarles una edad aproximada a las etapas evolutivas de la adolescencia sirve como una referencia exclusivamente, ya que cronológicamente no son exactas pues cada proceso adolescente tiene sus características particulares

*Preadolescencia* (9 a 11 años): En esta etapa aparecerán metas impulsivas nuevas. Aumentará la presión intrapsíquica y la tensión pulsional. El superyó y el yo sufrirán un debilitamiento, que afectará el funcionamiento intra psíquico provocando una especie de dislocación, de desequilibrio.

La presión instintiva estará exacerbada, la catexis de todas las metas libidinales y agresivas de gratificación será indiscriminada. Todas las experiencias de la preadolescente se podrán convertir en estímulo sexual, sin necesidad de un vínculo erótico. La preadolescente no las distinguirá aún, cualquier clase de experiencia podrá adquirir connotaciones eróticas. En esta etapa el enfrentamiento es distinto entre hombre y mujeres.

En la mujer preadolescente los impulsos luchan contra la fuerza regresiva hacia la madre pre edípica, viven la envidia del pene y adoptan modos masculinos en su apariencia física, sin embargo sus impulsos pregenitales se dirigirán más abiertamente al sexo opuesto. El superyó desaprobará y entrará en conflicto con el yo, por lo que aparecerán defensas como la represión, la formación reactiva, el desplazamiento; se darán conductas compensatorias, pensamientos obsesivos, o compulsivos, se socializará la culpa en el líder.

Aparecen miedos, fobias y tics transitorios como defensa, o disculpa. Se evita el conflicto del superyó en la socialización con los pares “repartiendo la culpa”.

*Adolescencia temprana* (12 a 15 años). En esta etapa las metas instintivas serán nuevas para los afectos. Los impulsos estarán dirigidos hacia la genitalidad. Para los objetos de amor incestuoso la energía habrá disminuido. Sus objetos de amor estarán fuera de la familia, pues ya renunció a los objetos primarios. Los nuevos objetos tendrán que ser dignos de admiración.

La libido adquirirá una energía flotante, en pos de los nuevos objetos; La falta de catexis hacia los objetos primarios debilitará al superyó y al yo. Ambos perderán eficacia y control en áreas como el intelecto, los afectos y la motilidad.

Se habrá resuelto el conflicto edípico, por lo que las adolescentes experimentarán sentimientos de vacío y desasosiego. Las leyes sintonizarán con el yo debido a la independencia de la autoridad paterna. Se vuelve al narcisismo. La mujer adoptará una posición bisexual, de la que se podrá avergonzar, sus objetos de amor podrán ser parecidos o radicalmente diferentes a sus padres, después le dará valor al componente fálico y pasará al amor heterosexual.

Se favorecerá el ideal del yo, aparecerán características narcisistas, por lo que idealizará la amistad, que ha suplido a las relaciones de objeto primarias. El "flechazo" es una idealización en la que el objeto se encontrará entre una posición fálica propia de la preadolescencia y una posición bisexual, con rumbo a la feminidad. Cuando la libido narcisista sea depositada en el cuerpo y no solo en la imagen corporal bisexual, tendrá lugar el amor heterosexual.

Se identificará con la figura parental del mismo sexo y focalizará el afecto en ella. La joven se identificará con su madre, pero para ambos, varones y mujeres, el padre adquiere una gran relevancia.

El padre del sexo contrario será pilar fundamental para aprender a expresar afectos y emociones. El adulto tendrá que entender y aceptar la ambivalencia y tendrá que permitir la expresión de afectos. La adolescente adquirirá la conciencia de que ya es apta para la procreación. La fantasía de maternidad es ambivalente, se desea y se teme.

Las fantasías masturbatorias disminuirán el efecto de la angustia de castración.

La elección de objeto la conducirá a la autodefinición, será un cambio en los impulsos que influirá en el desarrollo del yo que organizará funciones y pautas defensivas decisivas para la formación del carácter que al finalizar la adolescencia serán inamovibles.

*Adolescencia propiamente dicha (16 a 18 años):* Ahora la vida emocional será muy importante. La relación de objeto será heterosexual, por lo que se definirá la identidad sexual. Llegó a su fin la relación con los objetos de amor de la infancia, retiró la catexis de los padres y la colocó en ella. En el yo se producirá una angustia conflictiva por los impulsos sexuales. El yo, será el receptor de la libido catectizará sus funciones, y habrá un aumento en la auto percepción en detrimento de la percepción de la realidad, que puede llegar a la omnipotencia, arrogancia, rebeldía, falta de juicio, habrá una inclinación al acting out y aunque el yo disminuye, la autoestima se mantiene.

El duelo por los objetos primarios persistirá, aunque ya no son fuente de gratificación, hecho que le produce un vacío, que se aliviará conforme se de cierta cercanía con un nuevo objeto de amor con características heterosexuales y sin ambivalencia. Con él que hará identificaciones superficiales, transitorias, pues este es un objeto suplente del verdadero, que es el padre del mismo sexo.

Con el progenitor del mismo sexo se dará una identificación, positiva o negativa, antes del amor heterosexual. Con el enamoramiento, se anunciará el acercamiento de la libido a nuevos objetos y terminará la bisexualidad. La primera relación de objeto es un desplazamiento del padre, en tanto que se sigue logrando la resolución del Edipo. En la resolución de la mujer quedan vestigios de naturaleza fálica, renuncia a sus ansias masculinas, aparecen los sentimientos maternos, y se identifica con la madre.

La adolescencia producirá angustia. La creatividad, la fantasía, la hipersensibilidad, la despersonalización y hasta estados psicóticos tendrán como fin evitar el vacío emocional, producirán alivio. El trabajo del yo será muy intenso habrá dolor debido al pobre control instintivo. Al final con la organización de los impulsos y la objetividad de los procesos cognitivos será posible la consolidación de la identidad.

*Adolescencia tardía (19 a 21 años):* En esta etapa el yo se estabilizará en sus funciones e intereses; habrá mayor organización, de afectos, deseos, valores e intereses, se liberará de conflictos. La posición sexual ya es irreversible. La identidad sexual será definitiva adoptando la forma final que puede ser de cuatro modalidades: homosexual, heterosexual, bisexual o celibatal. Habrá constancia de los aparatos mentales para el resguardo de la identidad. Adquirirá la conciencia de ser un ser social y consolidará una ideología. La clave de la etapa será la estabilidad: emocional, afectiva, volitiva. Se presentarán también residuos de conflictos no resueltos en la infancia como compulsión a la repetición, que el yo tratará de integrar.

Habrá amnesia del período de latencia de las emociones experimentadas, que culminará en represión. Se integrará el yo con el ideal del yo y el superyó. En esta fase se dará la integración de la personalidad. La profesión, el matrimonio, la maternidad, todo se logrará por la síntesis del yo. El trabajo, el amor, la ideología estarán más integradas. La capacidad de sublimar se completará con objeto de que el yo se enriquezca. Se resolverá la situación económica de dependencia. Los conflictos instintivos aún persistirán.

El yo incorporará los residuos traumáticos no resueltos en la infancia, que, dinámicamente activos, producirán compulsión a la repetición y experiencias no integradas de la vida mental para el dominio de la integración yoica.

Al final de la adolescencia habrá represiones, con un estado de amnesia del período de latencia, lo que se reprimirá serán las emociones, no así los hechos. Mejorará la prueba de realidad. Habrá un proceso de objetivación progresiva. Una falla en este proceso dará como resultado una adolescencia malograda, podría resultar una identidad negativa, o un fracaso en la consolidación de la personalidad observables en una esquizofrenia o una psicosis.

*Posadolescencia:* Es la continuación del proceso adolescente. En ella se integrarán las partes componentes de la personalidad de manera gradual; al mismo tiempo se dará la definición social en los papeles que jugará en el matrimonio, la maternidad, la elección de profesión u ocupación. Se logrará si las

necesidades instintivas y los intereses yoicos están en equilibrio. Emergerá la moralidad, la dignidad y la autoestima. El yo Ideal tomará la función reguladora del superyó. La confianza depositada en el padre idealizado estará ahora en el sí mismo. Si no se logra un self estable, se detendrá el desarrollo.

El yo tendrá que reconciliarse con la imagen paterna y con la imagen materna con objeto de lograr la madurez. Al final de la adolescencia habrá mayor estabilidad en los sentimientos, y en las acciones, habrá más capacidad para el pensamiento abstracto, declinará la fantasía ilimitada y la identidad sexual estará más definida.

Las identificaciones se asumirán cabalmente. Se integrará el superyó. Se adoptará el rol social, podrá tomar decisiones con respecto a la pareja, la maternidad, la escala de valores, el tiempo libre y los pasatiempos,

Para el logro de la heterosexualidad la adolescente tendrá que transitar por una etapa de autoerotismo, donde la masturbación tendrá primacía, pues no cuenta con las herramientas necesarias para salir de sí misma y establecer vínculos con los demás.

Superar la homosexualidad, visible o no será el primer intento de relación con otro. Desde su fantasía será la forma de establecer el vínculo que le permitirá acercarse a la diferenciación. Un error externo en el manejo podrá acarrearle graves trastornos psicológicos, emocionales y sexuales.

Así ha iniciado su búsqueda de un objeto único en el que colocará sus sentimientos amorosos. Parte de la educación emocional se logrará satisfactoriamente sí se da el arribo a la heterosexualidad monogámica que implicará exclusividad en el ejercicio de la relación amorosa con el objeto que ha elegido.

La independencia de la familia se logrará cuando reconozca el papel de los padres, les pueda guardar afecto y reconocimiento, al mismo tiempo podrá tomar sus propias decisiones y afrontar las consecuencias de ellas. Los padres tendrán que abstenerse de buscarle amistades, vocación, etc. Para el logro de la madurez emotiva será muy importante la presencia del padre, más que la de la madre. El



adulto congruente en la expresión de sus afectos, sin ambivalencia ayudará a que la joven desarrolle su vida emotiva.

La educación afectiva del dinero es muy importante pues simbólicamente representa poder, autoridad; con él, es posible someter, humillar, comprar afecto, gratificar a los demás y a ella misma, por ello es importante una buena elección de ocupación para poder satisfacer las necesidades.

La adultez emocional se logra cuando la adolescente acude a formas racionales de pensamiento, con el uso de pruebas que validan lo que dice y lo que se le dice. Parte de la madurez es poder expresar los afectos, las emociones usando el razonamiento.

La filosofía de vida le permite tener claro su actuar en diversas circunstancias. Saber cuáles son sus valores la ubica en su vida cotidiana. Cuando los adultos titubean, en su postura axiológica, cuando no tienen claridad en sus propios valores no funcionan como una figura de identificación, por lo que la joven quedará confundida y tendrá dificultad para identificar sus prioridades. La imposición de límites claros la proveerá de las herramientas necesarias para actuar en la solución de conflictos cotidianos.

## CAPÍTULO DOS. UN TRASTORNO EN LA ADOLESCENCIA: LA DEPRESIÓN

### 2.1 La Etimología, historia y definiciones de la depresión.

Pues eso les viene a muchos a causa de la bilis negra

Ayante y Beloferonte... el primero llegó a enloquecer...

Y el otro perseguía soledades

Aristóteles.

No te enojés conmigo melancolía

Porque tome la pluma para alabarte...

Nietzsche

Verse a sí misma pasando de la tristeza a una alegría extravagante,

De la dulce melancolía a una pasión exacerbada

¿No es acaso la expresión misma del dolor ante el paso de la adolescencia a la edad adulta?

Goethe

La palabra depresión es de cuño relativamente reciente, no así el mal que describe que ha acompañado a la humanidad desde su transcurrir por el mundo. El término empleado antes, proviene de las civilizaciones antiguas, griega y romana, y llegó a tomar la forma de la palabra que ahora conocemos como melancolía.

En griego *mélanos* y *bilis* o *kholé* se unieron y formaron *melankhlikós*. El primer elemento es cpts y derivados cultos del griego *mélas*, *mélaina*, *mélan* que significa negro. En latín era *atrabilis* de *atra* que significa *negra* y *bilis* cólera o humor negro. (Μέλας, χολή) (Martínez, 2006)

Los griegos creían que el cuerpo humano tenía cuatro líquidos a los que llamaban humores que correspondían a los cuatro elementos de la tierra. El *aire* estaba vinculado con la *bilis amarilla*; la *flema* con el *agua*; la *bilis negra* con la *tierra* y el *fuego* con la *sangre*. Se asociaban también a las cualidades de *humedad*, *sequedad*, *calor* y *frío*.

Estas diadas se encontraban en el organismo en proporción variable. Se consideraba a la *sangre: caliente y húmeda*, a la *flema: fría y húmeda*, a la *bilis amarilla: caliente y seca* y a la *bilis negra: fría y seca*. Igualmente se relacionaban con las cuatro estaciones del año (*primavera, verano, otoño e invierno*). Se decía

entonces que los humores en equilibrio representaban el buen estado de salud del hombre, de esa forma el individuo se encontraba de *buen humor*.

Hoy se hace referencia al humor como una porción del ánimo que indica que una persona es feliz pero sin tener un vínculo directo que lleve a pensar en el estado global o integro de su salud.

La palabra humor proviene del latín *humoris* que significa humedad, líquido que salta, que emerge del interior de la tierra; *humus*, también del latín, es precisamente tierra, que se escribía sin hache *umor*, *umidus*, *umidificare* del verbo *umeo* que es *estar empapado*.

Los caminos etimológicos no son muy rectos pues todo esto vuelve a que la hiel, líquido corporal se designaba como *holi*, *himi* o *himos* que son líquidos vertidos, que se relaciona con *humor* que es entonces, cualquiera de los líquidos o sustancias fluidas del cuerpo, que contribuyen a su buen funcionamiento.

El efecto de la *bilis negra* variará en relación a la edad. Los viejos de temperamento más frío y los jóvenes que guardan más calor al interior de su cuerpo. En la *bilis negra* los cambios se producen por efecto de la temperatura. Variará el ánimo; por ello los niños son animados, alegres pues su bilis contiene más calor y los ancianos son desanimados, porque la vejez es una especie de enfriamiento, en la vida se va gastando el calor que la contiene. La *bilis negra*, fluctuante por la temperatura, es por tanto inestable, como los melancólicos a los que influye. (Martínez, 2006)

Para Hipócrates la *bilis negra* o *humor negro* significaba un desorden del organismo que causaba el humor melancólico cuyos síntomas eran la tristeza, el temor, que describían con cualidades como "*humor frío, seco, espeso, negro y ácido proveniente de residuos o de heces de la alimentación*" (Martínez, 2006). Identificaban una melancolía antinatural o adusta, producida por un enfriamiento de sangre, o por calentamiento de otros humores que se suscitaban por dietas inadecuadas, desordenes fisiológicos o pasiones inadecuada. La tristeza era un síntoma natural de la melancolía, a la que se sumaban pena, aflicción, pesadumbre, desesperación. (González Orea, 2002)

Los romanos también conocieron la teoría hipocrática de los humores y la hicieron parte de su práctica médica. Galeno le agregó el quinto humor *spiritus* o *pneuma*. En el Corpus Hipocraticum no existía una diferencia entre enfermedades del cuerpo y del alma, las enfermedades psíquicas eran causadas por un trastorno del bazo. (González Orea, 2002).

En la Grecia antigua, el concepto de melancolía estuvo asociado a otros dos nombres: *athumia* o ἀκηδία, que en latín equivalía a *acedia* se traduciría por negligencia, flojera o abandono.

Abbagnano (1974), en su diccionario de Filosofía la registra como *accidia* y le da el significado de *nausea* o *aburrimiento* y dice que “La accidia tiene en común con el aburrimiento, el estado que la condiciona, estado que no es de necesidad, sino de satisfacción” (Cohen, 2010). Se describe como un estado de apatía o letargo, de no preocuparse por la propia posición o condición en el mundo que conduce a no poder realizar las tareas impuestas por la vida para cada cual. Se relaciona con la depresión pero no es exactamente igual.

La *acedia*, se reconocía por signos somáticos y signos psicológicos, los primeros van desde la somnolencia hasta la enfermedad general o debilidad junto con una serie de síntomas más específicos: debilidad en las rodillas, dolor en las extremidades y fiebre. Los signos psicológicos son la falta de atención a las tareas diarias e insatisfacción general con la vida, que se manifiesta en tedio, pereza y aburrimiento. “la acidia es apatía que tienta abandonar la oración y la vida espiritual” (Abbagnano,1974), *akedia para los ascetas* es una de las principales tentaciones o pecados mortales.

Los romanos empleaban la palabra *atra bilis* que se convierte en *atrabiliario* actualmente y que aún es usada como término médico, según consigna el Larousse (García Pelayo, 1976) para designar un genio atrabiliario que es severo, melancólico, desabrido, sinónimo del griego *melanxolikos* El *atrabiliario* es el individuo de humor caliente. Este vocablo derivó hacia violento e intransigente de manera inexplicable ya que en su origen estaba más ligado a la descripción de

*bilis negra* o melancólica, temperatura de la bilis negra fría, que hace el carácter sin gusto para nada. (Navarro, 2007).

Un concepto ligado también al de melancolía es el de temperamento, de origen griego con su forma latina *temperamentum* que es la mezcla de humores que componen el cuerpo y le dan la determinación en su modo de actuar.

El vocablo usado también en la antigüedad para describir la *extirpación de las pasiones* fue el de *ataraxia*, término griego empleado por los epicúreos y por los estoicos, que designaba la *imperturbabilidad o la serenidad del alma*. (Abbagnano, 1974).

El equivalente actual sería la *apatía*, vocablo griego también, que denota la indiferencia a todas las emociones y el desprecio por ellas, logrado a base de ejercer la virtud que practicaban los cínicos, para el que Kant encuentra, como regalo de la naturaleza, su reverso en la simpatía. (Abbagnano, 1974).

Una de las emociones consideradas de importancia por los estoicos era la *aflicción*, en latín *aflictio*, para ellos las emociones eran juicios errados, que modifican la forma de ver el mundo: “son un bien fuera de la razón o un mal que puede amenazar a la razón” (Abbagnano, 1974).

En la Antigüedad la diferencia entre la filosofía y la medicina era un poco ambigua. Los filósofos hablaban de las pasiones del alma y debemos recordar que la definición por mucho tiempo de la psicología fue el estudio del alma. El ánimo abatido, caído es por principio de cuentas un mal atribuido a los dioses, es castigo divino que no hay manera de enfrentar (Abbagnano, 1974).

Para el siglo V a. C. se convertirá en una enfermedad cuando Hipócrates escribió sobre la locura de Demócrito y la atribuyó a la *bilis negra* (Muriana, 2007). Platón refería que el exceso de dolor o placer traían como consecuencia enfermedades del alma.

Aristóteles afirmaba que era necesario someter al control de la conciencia las pasiones del alma pues de lo contrario enfermaba esta. Epicuro desarrollará la

Teoría del placer con el objeto de evitar perturbaciones del alma. (González Orea, 2002).

En el período helenístico la escuela de los estoicos, hará su concepto de filosofía como el de la vida contemplativa, lejos de los cuidados y de las tribulaciones de la vida común, es la representante de la apatía o *ataraxia*, con la condena total de todas las emociones, para encontrar la sabiduría. (Abbagnano, 1974).

Areteo de Capadocia (Siglo II) fue un médico romano que escribió sobre las causas de las enfermedades y enfatizó en la importancia de las relaciones interpersonales. Definió la melancolía como: “una tristeza del alma concentrada en una idea fija...los melancólicos son inquietos, tristes, desanimados, insomnes...Se quejan de miles de sutilezas y desean la muerte...” (González Orea, 2002)

Galeno de Pergamo (en Escobar,2009), que vivió en 130 y hasta 201 D. C., desarrolló una teoría de la enfermedad mental. Describía a la melancolía como una alteración crónica, sin fiebre, en la que había temor, suspicacia, misantropía y cansancio por la vida.

Sorano de Éfeso y Asclepio (citados en Muriana, 2007) decían que los síntomas principales de la melancolía eran la tristeza, los deseos de morir, la suspicacia acentuada, la tendencia al llanto, irritabilidad y a veces jovialidad. Considerada como enfermedad será tratada de diversas formas, con actividades lúdicas, placeres, ejercicios físicos, teatro; también usarán fármacos como el *Helleborus niger* y el *Helleborus viridis*, este extracto “produce la rotura de vasos sanguíneos con expulsión de sangre coagulada, oscura, considerada entonces como ‘*bilis negra*’”. El eléboro se usará hasta el siglo XIX.

En el siglo III Nemesio (en González Orea, 2002) pensaba que el alma se encontraba dividida en dos partes racional e irracional y que esta última albergaba las pasiones, que no eran malas en sí mismas. En el siglo V San Agustín de Hipona (en González Orea, 2002) hablará de las pasiones, retomando a Cicerón, como deseo, temor, alegría y tristeza otorgándoles causas sobrenaturales, incluso demoníacas.

En la Edad Media se producirá una mezcla de los conocimientos médicos de los árabes y los conocimientos adquiridos por los griegos y romanos por lo que tomarán vigencia la astronomía y la astrología; los humores se corresponderán con los influjos de los planetas, a consecuencia de ello los melancólicos serán los más infelices del planeta por ser los hijos de Saturno, planeta lejano y frío.

El representante de los escolásticos Tomás de Aquino (Muriana, 2007) hablará de la pereza dirá que es la tristeza del mundo y que produce muerte. La considerará como una huída del mundo; la máxima expresión de esta *acedía* sería el suicidio. La *acidia* es un mal físico, al que se le sumará el mal moral por la culpa que acarrea alejarse de los preceptos religiosos por haraganería y negligencia, producida por un vencimiento del propio ser.

En la Contrarreforma Loyola hablará de la desolación espiritual como el alma llena de tribulaciones alejada de lo espiritual en la oscuridad “por lo que el alma se encuentra...perezosa, tibia, entristecida y alejada del Señor...” (Muriana, 2007). Los siglos XVI al casi XVIII los conocimientos médicos estarán dominados por la perspectiva religiosa que atribuía los males al demonio, por la lejanía que el enfermo manifestaba al padecer la enfermedad, de cumplir con los mandamientos divinos.

Burton (en González Orea, 2002) en 1620, siglo XVII, se referirá al ocio como un vicio y considerará la melancolía como producto de la imaginación que posteriormente afecta a la razón. Tiene su lugar en el cerebro, órgano que se verá afectado. Hará una clasificación de las causas: un origen orgánico, o un origen mental, o en un *hábito o pasión*; en este caso será una melancolía crónica de un humor fijo y si este último es abundante o no, en esa medida costará erradicar el mal. Burton escribió un libro llamado Anatomía de la Melancolía. (en González Orea, 2002). Suele considerarse un antecedente temprano de la óptica médica de la depresión.

Para el siglo XVIII, se considerará que hay enfermedades por lesiones del órgano cerebral. Por Morgagni ( en González Orea, 2002) la melancolía dejará de formar parte del desequilibrio de los humores.

En el Siglo XIX Pinel y Esquirol descartarán el término melancolía y pondrán en boga *lipemanía*, vocablo de origen griego, de *lype* tristeza y *manía* locura, que significa tristeza, dolor o aflicción. ([www.portalesmedicos.com/diccionario-medico/index.php/Lipemania](http://www.portalesmedicos.com/diccionario-medico/index.php/Lipemania), s.f.)

Philippe Pinel ( en González Orea, 2002) puntualizó que el pensamiento de los melancólicos, se concentraba en un objeto, que alteraba la memoria y la asociación de ideas y que con frecuencia se pensaba en el suicidio. Las causas que él señalaba eran el miedo, la pérdida de propiedades o de un amor, o las dificultades familiares y físicas.

En el siglo XX, 1904 Krapelin llamará a la melancolía, psicosis maniaco depresiva y dirá que todos los trastornos psiquiátricos tienen una causa orgánica. Se Hablará de la enfermedad inglesa "*spleen*" que significa bazo y que tiene su origen en el griego *splēn*. En la actualidad en español *esplín*. La "*enfermedad inglesa*" es atribuida al clima, al exceso de bienestar, la buena comida, la abundancia, el ocio, la pereza, Es la riqueza y la libertad en demasía a las que se paga tributo. (Foucault, 2002). Su aparición, al parecer, está en relación con cuatro eventos asociados que son el protestantismo, la nueva forma de criar a los hijos, una nueva forma de vínculos sociales y la difusión de las ideas cartesianas sobre el dualismo. Es en este momento que se le empezará a llamar depresión. *Depressus*, abatimiento, o del latín, *depressio* opresión. (Muriana, 2007)

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina *de* y *premere*. (González Orea, 2002). Adolfo Meyer en 1904 sugirió el término depresión, según consigna Salmones ( citado en Escobar, 2009). Es un nuevo siglo, el XX, y hay una nueva visión de la enfermedad. La melancolía es una tristeza sin causa, o con una causa física como irritabilidad del sistema nervioso, por lo que el tratamiento de elección es neurológico. Poco antes han aparecido términos como neurastenia, histeria y psicastenia, sinónimo este último del mencionado agotamiento nervioso, que se convierte en psiconeurosis neurasténica y sin más preámbulo, dice Muriana(2007), aparece *mágicamente* la depresión.



Freud (citado en Muriana, 2007) en 1897 dirá que “la eliminación de los impulsos no parece generar angustia, sino más bien depresión: melancolía”.

No ha cambiado mucho la perspectiva desde los años cincuenta del siglo XX hasta ahora. Existe polémica aún en los diferentes espacios científicos. Han cambiado los medicamentos para su abordaje farmacológico, se han construido clasificaciones inapelables que otorgan criterios que permiten menor confusión y más claridad. Persiste la incógnita frente a las causas últimas, pero cotidianamente se investiga, se ensaya con tratamientos médicos y psicológicos; aunque es necesario reconocer que no está dicha la última palabra.

Se ha realizado un recorrido copioso, aunque no exhaustivo en conceptos, tiempos, lugares y circunstancias históricas que han antecedido al momento actual en la identificación, concepción y manejo de un *mal* que ha existido siempre. Es tiempo de dar paso a los hechos que rodean ahora, en la segunda década del siglo XXI, a la depresión, para posteriormente, en el capítulo correspondiente, entender la relación que guarda con las intenciones que llegan a tener algunas jóvenes por deshacerse de su propia vida intentando el suicidio.

El término depresión tiene un uso elástico en lenguaje común o cotidiano: *estar bajo, bajo de ánimo, bajo de humor, bajo un peso o apesadumbrado, no ver la salida* son expresiones con las que se intenta describir a nivel popular las sensaciones que produce la depresión.

Cada día es más frecuente que la gente se sienta fatigada, desganada, con poca energía frente al acontecer que diariamente le exige la sociedad posmoderna. Sin embargo esta descripción popular de sentimientos, de estados de ánimo cercanos a la pesadumbre es distinta a la entidad clínica que se atiende en el ámbito hospitalario, o en el consultorio del psicólogo o del psicoanalista.

El estudio de la depresión lo podemos encontrar en diversos campos de la práctica clínica como son la psiquiatría, la medicina general o familiar. La psicología tiene un amplio campo de acción en torno a la depresión y es de acuerdo a la aproximación teórica que la definición tendrá énfasis en ciertas características y no en otras.

En el ámbito especializado de la medicina, la psiquiatría o la psicología, se puede entender la depresión como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica.

En psiquiatría se clasifica en endógena, “por ejemplo como una alteración de los electrolitos del cuerpo” (Vargas, 1998), porque las causas se encuentran en el interior del sujeto; o exógena por una muerte cercana, un secuestro, un asalto, una violación por mencionar algunos. Otra clasificación las ubica en depresión neurótica y depresión psicótica; en este caso la diferenciación está en función de cuanto sea el contacto que el individuo mantiene con la realidad.

Díaz, Blanco, Horcajo y Valle en su estudio de Modelo Completo de Salud (2007). Hacen una crítica al modelo de psicología clínica. Para ellos, la psicología clínica ha quedado asimilada a la psicopatología ocupándose sólo de la enfermedad, considerando que la salud es la ausencia de enfermedad y que las “personas están o mentalmente sanas o mentalmente enfermas” Ellos bajo este esquema consideran que la depresión y la salud constituyen dos polos de una dimensión continua.

En su investigación encontraron, como esperaban, que la depresión influye en la autoevaluación y además en la capacidad para manejar el entorno de forma positiva con objeto de satisfacer las propias necesidades. Su idea final es que si existe salud mental ésta es condición suficiente para que no exista depresión. Aumentar los niveles de hedonía y el funcionamiento positivo son factores de protección para la población.

En el trabajo Depresión en la infancia y la adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo, los autores consideran que “la depresión es un problema del estado de ánimo que se describe como tristeza...se acompaña de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo”. (Acosta, 2011)

En el campo de la psicología, las aproximaciones teóricas de orden conductual para explicar la etiología de la depresión se asemejan un tanto a las de corte cognitivo. Ambos enfoques consideran que “el deprimido ha adquirido patrones de reacción desadaptativos que pueden ser desaprendidos...los síntomas no son vistos como manifestaciones de conflictos subyacentes” (Salinas, 1998).

Robert y Lamontagne en 1977 (citado en Salinas, 1998) la definen como “un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia de disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica”.

Desde la perspectiva conductual, la depresión se ve reforzada porque las conductas normales se extinguieron por una modificación accidental del ambiente.

Los teóricos cognitivos, como Beck lo hizo en 1967, ( citado en Salinas,1998) atribuyen la causa de la depresión a las cogniciones y la conciben como un desorden en el pensamiento. Los síntomas para Beck son consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. La tríada cognitiva es muy importante: visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo; lleva a una distorsión de la percepción y de la memoria, son errores cognitivos involuntarios y se conocen como: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre-generalización, magnificación y minimización.

Las aproximaciones cognitivas sugieren que la depresión aparece debido a una deformación en la forma en la que el sujeto observa las cosas, comete errores lógicos como concluir de manera arbitraria, hacer abstracción selectiva, generalizar y maximizar lo negativo y lo contrario de este último:

“Podemos definir la depresión como un conjunto de síntomas tanto fisiológicos como cognitivos y conductuales. Entre los fisiológicos está una inhibición de la actividad nerviosa...En cuanto al estado de ánimo, el paciente puede tener un estado de euforia, aunque al mismo tiempo se encuentra irritable...el paciente tiene frecuentes pensamientos de derrota, se encuentra en un estado de ánimo abatido sin causa aparente. A pesar de que ‘tiene todo en la vida’, en el sentido de que no tiene razones para sentirse mal anímicamente, pero a pesar de esto se sigue sintiendo mal... desde que amanece hasta que anochece, se la pasa llorando...durante semanas”. (Vargas, 1998).

Desde el punto de vista de la psicopatología dice Breton en 1998 (en Escobar, 2009) que es un trastorno del estado de ánimo

La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema al suicidio según González (en Escobar, 2009).

Dentro de la perspectiva teórica correspondiente al psicoanálisis Karl Abraham (en Escobar, 2009) publicó la primera investigación sobre depresión. La definió como la renuncia del individuo de satisfacer sus tendencias libidinales.

Tradicionalmente se entiende una lejanía entre los planteamientos teóricos del psicoanálisis y las corrientes cognitivas, sin embargo Hugo Bleichmar (2003) en Psicoanálisis y psicología cognitiva argumenta que la distancia no es tanta si se entiende que ambas corrientes tienen puntos de coincidencia. El psicoanálisis ha sido y continúa siendo una terapia cognitiva en tanto modifica creencias e ideas; mediante la interpretación se transmiten ideas al paciente que le permiten pensar de una manera diferente acerca de él mismo. Las intervenciones en las que el paciente capta las contradicciones de sus juicios sobre la realidad es una reestructuración cognitiva. Sin embargo Bleichmar no está de acuerdo en la postura de Aaron Beck donde “paciente y terapeuta, a manera de científicos interesados en la verdad, aportan pruebas y refutaciones”.

Freud (citado en Bleichmar, 2003) dio la definición de depresión en Duelo y Melancolía. Para él es la reacción a la pérdida de un objeto, real o imaginario. En Inhibición, síntoma y angustia, menciona que la *insatisfacible carga de anhelo* es el rasgo distintivo de la depresión. Estos dos conceptos Bleichmar los conjuga y dice que el perder el objeto trae al mismo tiempo el deseo por él sabiendo que este deseo es irrealizable.

Chemama R. y Vandermersch B. (2004), en su Diccionario del Psicoanálisis dicen que la depresión es una “modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativa a una desinvertidura de toda actividad”. Advierten que para el psicoanalista no es una entidad clínica específica. Mencionan que la depresión es una renuncia “de los valores fálicos”, es decir de los deberes cotidianos que imprime la vida. Tiene que ver con el momento en el que el individuo se da cuenta de la renuncia que ha tenido que hacer para

pertenecer a un mundo humano, “mundo reglado por la ley del lenguaje y de la cultura”. El tiempo del individuo deprimido es distinto pues es monótono y uniforme; el futuro no tiene lugar, ni es previsto por las acciones presentes.

Los psicoanalistas aluden a la depresión como melancolía la consideran como modelo de la psiconeurosis. Lo que se afecta de manera significativa es el deseo. Está “caracterizada por una pérdida subjetiva específica, la del yo mismo” (Chemama, 2004). En la melancolía, el melancólico se acusa a sí mismo, es como una comprobación más que una queja. Es un odio hacia sí, pues se denuncia a sí mismo como la causa.

La melancolía sí se considera como entidad clínica. Tiene como características las mismas que las psiconeurosis narcisistas. Se define como: “una depresión profunda y estructural, marcada por una extinción del deseo y una desinvestidura narcisista extrema...es una enfermedad del deseo...una pérdida narcisista grave” (Chemama, 2004). O “un agotamiento de la libido y finalmente una pérdida del yo” (Chemama, 2004).

En 1916, Freud diría que el objeto perdido es nada menos que el yo mismo, pues se ha dado una regresión libidinal al estadio del narcisismo primario. En este estadio yo y objeto de amor son uno solo. En la melancolía lo que se rompe es el narcisismo, se da el renunciamiento del sujeto a su propio yo. La renuncia desemboca en él: el pasaje al acto suicida.

## 2.2 La depresión en las adolescentes.

La adolescencia es hoy por hoy un momento del continuo que significa la vida. Una etapa que, social y culturalmente hablando, designa a las mujeres para abordar el camino hacia una vida adulta responsable y feliz. En los apartados anteriores se observaron las características de la adolescencia calificada como normal y fue posible constatar por medio de los aportes teóricos de diversos especialistas que es un período complejo donde el mal manejo parental, social, cultural puede llevar al fracaso una existencia prometedora.

Son las adolescentes una población vulnerable pues aún se encuentran en manos de las decisiones institucionales como la familia, la escuela, los servicios de salud, entre otras, que deciden por ellas, sin realmente tener un conocimiento adecuado, o teniéndolo se dejan llevar por inercias que impiden resguardar a las jóvenes de patologías que distan de cumplir con el concepto de salud que la OMS (2000) cree óptimo.

La OMS propone un concepto más bien holístico, donde lo deseable para el bienestar humano es considerar que la salud está íntimamente relacionada con el aspecto físico, mental y social en un sentido de vivencia positiva *un estado completo de bienestar*. Este organismo define la salud mental “como un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo” (Díaz,2007) que es un bienestar subjetivo, relacionado con el bienestar psicológico y el de índole social.

La depresión es una enfermedad que se encuentra entre las diez primeras causa de discapacidad a nivel mundial. (Leyva,2007).En cuanto a la epidemiología Acosta et al. (2011), mencionan que de la depresión en los adolescentes, se presenta entre el 3 y el 8% de la población; González Barrón(2000) menciona el 10% en la población escolar que se incrementa al doble en la población general. En cuanto al sexo femenino, se ha corroborado que a partir de los catorce años, la depresión se encuentra en mayor medida en las mujeres. (Acosta, 2011)

Los estudios muestran que es por lo menos dos veces más común en la mujer y aparece de forma más temprana. Prevalece en la edad reproductiva con picos en la menarca, el puerperio y la peri menopausia que son los periodos de más vulnerabilidad para la mujer. (Rojtenberg, 2001)

La depresión remite con menos facilidad en la mujer y el cuadro suele ser más prolongado, factores que contribuyen a que se convierta en un padecimiento crónico.

A partir de la pubertad las niñas sobrepasan los niveles de sintomatología y el número de casos en relación con los varones. En cuanto al pronóstico:

“los adolescentes que tienen una depresión mayor tienen una probabilidad alta (20%) de desarrollar una depresión bipolar en el plazo de 18 meses desde el comienzo lo que representa evidentemente un peor pronóstico, puesto que en los adolescentes tiene una duración media de seis meses, pero puede provocar recaídas cada cinco años”. (Brockington et al., 1982, en Leal),

Los descendientes de las mujeres deprimidas tienden a presentar cuadros más tempranos, entre los doce y trece años de edad.

La socialización sexual acuña un estereotipo femenino: pasividad, emocionalidad, necesidad de ayuda. Las normas culturales sobre el atractivo físico crean dificultades en una época de cambios, las expectativas de los padres y profesores para las chicas son distintas en relación a los jóvenes varones.

En ellas tales expectativas generan mayor dependencia, les producen una necesidad de aprobación, por lo cual tienen mejor conducta, mayor control en sí mismas y de otros hacia ellas; desde la niñez los valores para los sexos son distintos. En las adolescentes se valora la belleza, la bondad y la honestidad. Todo esto es verdadero para la cultura posmoderna occidental, en otras culturas es distinto.

Un sistema nervioso más reactivo, inestable emocionalmente, la introversión y procesos cognitivos que distorsionan los acontecimientos, son el sustrato para la depresión. (Del Barrio, 2000).

Dentro de los factores ambientales el más relevante es la familia. Los padres cumplen fundamentalmente con dos funciones, la de control y la de cariño; cualquier problema de salud física, o emocional en los padres se reflejará en la salud emocional de los hijos.

Las familias con problemas emocionales o con padres inestables incrementan los factores de riesgo porque no facilitan la realización de actividades gratificantes para los hijos. La depresión en los propios padres es el factor más importante,

más grave todavía si la depresión la padece la madre, sobre todo en el caso de las hijas (Hrrintong et al., 1993, citado por Leal, 2000).

Neuroendocrinológicamente hay algún factor aún no determinado que influye en la aparición de la depresión, pues se presenta de forma reiterada en las familias. Se han realizado estudios comparativos en gemelos, los univitelinos presentan mayor depresión que los bivitelinos. En su estudio Cytryn et al (citado en Del Barrio, 2000) dicen “que los niveles de norepinefrina, así como los de ácido vanilimandélico, eran más bajos en los deprimidos que en el grupo control, compuesto por veinte niños de 10 años sin depresión”.

Los estudios de Kutcher, Malkin et al (citados en Del Barrio, 2000) han encontrado algunas alteraciones en el cortisol, aunque no son concluyentes, pues se ha considerado que las muestras que emplearon no eran muy convenientes. Shafii et al., en 1990, (en Del Barrio, 2000) han pensado también en la intervención en este trastorno de la hormona de crecimiento y en la tiroxina. Al parecer la secreción diurna de estas hormonas es menor en los deprimidos, y la melatonina es deficiente.

En las adolescentes los síntomas de la depresión se interiorizan. Se enfatizan los problemas de sueño que pueden manifestarse como tardarse para dormir, despertamiento precoz o despertar por la noche, o hipersomnias. Los desencadenantes están relacionados con el entorno escolar: la adaptación, las relaciones con los compañeros; es muy importante el rol sexual y la relación con los padres en función de los márgenes de independencia.

La depresión es un trastorno afectivo con síntomas físicos, emocionales y motores. A continuación se enumeran:

*Físicos:* la disforia, anhedonia, trastornos del sueño y del apetito.

*Emocionales:* la tristeza, la pérdida de disfrute, falta o ausencia de interés; cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, llanto excesivo.



*Motores:* inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad, atonía, estupor, inmovilidad, torpeza e inquietud.

*Cognitivos:* falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, pensamientos morbosos, y descenso del rendimiento.

*Sociales:* aislamiento, soledad, retraimiento, evitación e incompetencia social.

*Conductuales:* protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, droga y piromanía.

*Psicosomáticos:* pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, baja defensa inmunológica, dermatitis y alergias.

Existen formas diferentes de clasificar la depresión. Tomando en cuenta el curso o evolución de la enfermedad puede entenderse como:

*Unipolar:* se caracteriza por un curso regular, con un pronóstico no grave con una buena intervención.

*Bipolar o Trastorno afectivo Bipolar antes trastorno maníaco-depresivos* cursa con depresión y manía, de forma alternada. En esta depresión tiene relevancia la historia familiar, su pronóstico no es tan favorable como en el caso de la unipolar. En las fases depresivas domina el ánimo de tristeza aunque a veces no se esté consciente de ello. En la fase maníaca el ánimo es exaltado, locuaz, desconcentrado, insomne, y activo en demasía. (Escobar, 2009):

*Por severidad:*

*Depresión mayor:* los síntomas son intensos y numerosos. Es un trastorno de tipo psicótico.

*Distimia o depresión neurótica:* corresponde a los denominados con anterioridad como *personalidad depresiva o depresión crónica*. Son episodios recurrentes pero leves. Los trastornos son menos graves pero más crónicos, el deterioro académico

es leve y casi no hay intento de suicidio. En esta categoría se encuentra también la *ciclotimia* con episodios alternados de depresión y manía muy leves. El ánimo de la persona está regularmente bajo. Es un trastorno que tiende a ser hereditario. Se presenta con más frecuencia en mujeres. (Escobar, 2009)

*Por sus causas:*

*Exógena o Reactiva:* se puede identificar el evento desencadenante, el inicio de la depresión está relacionado con causas psicosociales.

*Endógena o psicótica o melancolía:* inicia de manera inexplicable y el episodio desencadenante no es fácilmente reconocible, interviene en ella la herencia, los síntomas son muy acusados y el riesgo de suicidio está presente. (Escobar, 2009).

*Por el modo y la frecuencia:*

*Aguda:* la aguda está relacionada con factores psicosociales estresores y es un episodio aislado.

*Crónica:* se presentan episodios recurrentes en entornos positivos.

*Por el periodo evolutivo en el que se presenta:*

*Periodo sensoriomotriz:* entre el primer año de vida y hasta el tercero.

*Preescolar:* entre las cuatro y cinco años de edad, la escolar de seis años a doce.

*Adolescente:* de doce a dieciocho. Se describe como frecuente, recurrente, incapacitante, con importantes consecuencias a largo plazo (5.8% en adolescentes); es una enfermedad crónica, dura de seis a ocho meses y reincide en un 40%. Como secuela queda la llamada "cicatriz" es una incapacidad secundaria que se reconoce por rendimiento deficiente, deterioro en las relaciones interpersonales, trastorno de la personalidad, problemas legales, intento de suicidio o suicidio. Tiene consecuencias adversas a largo plazo en el desarrollo de la vida adulta. (Escobar, 2009)

*Por sus síntomas:*

*Pura:* es semejante a la depresión adulta.

*Enmascarada:* se presenta asociada a otro trastorno.

*Por su duración:*

*Transitoria:* Es un episodio breve

*Duradera:* una verdadera depresión en la infancia o adolescencia tiende a ser duradera.

Otra clasificación de la depresión: (González Barrón, 2000)

*Severa:* es la que impide realizar una vida cotidiana normal. (Inicia frecuentemente entre los 15 y los 30 años de edad).

*Moderada:* se realizan algunas actividades de la vida cotidiana y otras se dejan de lado.

*Leve:* se realizan todas las acciones que exige la vida cotidiana con un esfuerzo muy grande.

En la población adolescente se acentúan algunos síntomas: “anhedonia, los trastornos de peso y apetito junto con la indecisión y los pensamientos suicidas son la sintomatología más característica del grupo diagnosticado como verdaderamente deprimido” (González Barrón, 2000).

Kashani et al., en 1987(citados en Del Barrio, 2000) encontraron que el 75% de los trastornos depresivos infantiles y adolescentes cursan con ansiedad, el 50% con oposición, el 33% con trastornos de conducta, el 25% con abuso de droga Subrayan la comorbilidad existente entre depresión y agresión.

Las adolescentes deprimidos presentan retardo motor, lentitud en el pensamiento, agitación o inquietud, llanto frecuente, sensación de vacío, aflicción, desesperanza, preocupación excesiva, remordimiento, culpa por errores pasados, vergüenza y reproche. Las adolescentes con depresión provienen de familias con rasgos depresivos. En los primeros años de vida, pasaron carencias afectivas, frustración de necesidades instintivas; rechazo de los padres o pérdida de los padres, que

puede ser real o imaginaria; depresión de la madre, o miedo a perder la simbiosis con los padres (fantasía de omnipotencia propia y de los padres). (Escobar, 2009)

Las hijas de padres depresivos estadísticamente se encuentran en riesgo de trastornos de ansiedad en la infancia, de depresión mayor en la adolescencia y alcoholismo en la temprana adultez.

Los episodios tempranos de depresión, alrededor de los trece años tienen riesgo de mayor deterioro y de más recurrencia. Los hijos de padres depresivos tienden a padecer más trastornos médicos de los que generalmente son atendidos, sin ser valorados en su salud mental. (Rojtenberg, 2001).

Rahola y Bundío (2000), en su ensayo sobre neurobiología y neuroendocrinología encuentran que hay estudios suficientes sobre el efecto que tiene la depresión materna en la adolescente. Dice Beardslee (citado en Rahola J., 2000) que las hijas de madres deprimidas generalmente son diagnosticadas por dependencia de alcohol o depresión mayor.

El trastorno depresivo mayor presenta peculiaridades sintomatológicas en la mujer: trastornos de sueño, fatiga, hipersomnia o tendencia al desgano. Antes de la pubertad el episodio de depresión mayor es bajo y no hay diferencias entre hombres y mujeres. Se incrementan los períodos de depresión en los momentos de cambios endocrinos hormonales como la pubertad. Las edades pico de los episodios son entre los 15 y los 24 años. (Rojtenberg, 2001)

En 1996 Schaughency (citado en Rahola J., 2000), encuentra que la depresión materna por sí misma puede provocar depresión u otros trastornos conductuales en los hijos. El ambiente familiar, con la madre deprimida es de mayor estrés y de críticas negativas hacia los hijos.

La madre deprimida tiene percepciones negativas de sus hijos, son percepciones alteradas. La madre suele considerarlos como portadores de enfermedades que no padecen o los describe con conductas que no se corroboran en una interacción real.

Casi siempre la conducta de la madre es poco asertiva e inefectiva, poco tolerante hacia sus hijos, hostil, con actitudes de rechazo, crítica y con distancia afectiva.

En la conducta del hijo adolescente también influyen factores sociales, el estrés y los conflictos matrimoniales. La depresión adolescente es objeto de estudio desde hace poco tiempo. Anteriormente se pensaba que sólo la población adulta la padecía, sin embargo ahora frente a la contundencia de las cifras se la está empezando a considerar. Se tiene contemplada como la posible segunda causa de ausentismo y de incapacidad laboral para el 2020. (Leyva, 2007).

### 2.3 La depresión como signo suicida en las adolescentes.

La relación entre depresión y conducta suicida es una relación compleja, en la mayoría de los intentos suicidas los factores relevantes son los afectivos y la depresión aparece como correlato. Sin embargo se considera a la depresión como un factor importante para pronosticar la tentativa, así como el acto suicida.

Un componente cognitivo del suicidio es la desesperanza que también se considera como predictor de las conductas lesivas, menciona Cole en 1989, ( en Buendía, 2004) encontró en sus trabajos que la desesperanza no es un factor tan importante en las jóvenes, sin embargo tiene cierta asociación con la disfunción de ciertos procesos cognitivos, característicos del comportamiento suicida. Rudd (en Buendía, 2004), asevera, que en la población con antecedentes psiquiátricos, la desesperanza es mejor predictor de la conducta suicida que la depresión.

Algunos autores se refieren al malestar depresivo como el factor de riesgo más importante para la ideación suicida en población abierta. Jiménez., Mondragón, González, mencionan que un factor frecuentemente asociado con la conducta suicida ha sido la autoestima baja. En los estudios que estos investigadores hicieron no lo corroboraron. Sin embargo parecen ser factores que propenden a *estar encadenados*, este efecto se originaría en "...los síntomas depresivos ligados con la ideación suicida, la cual puede afectar a la autoestima y esta, a su vez, dispararía la conducta suicida" (Jiménez, 2007).

Con respecto al género se sabe, epidemiológicamente hablando, que las mujeres intentan suicidarse más que los hombres, pero que el intento casi siempre es poco contundente; porque los medios que emplean son generalmente fármacos, no relacionados con la provocación de la muerte.

La diferencia de género en relación con la ideación suicida, aún está en discusión, pues es necesario determinar si la causa está vinculada a patrones culturales, sociales o contextuales "...los resultados de sintomatología depresiva, coinciden con lo reportado a nivel internacional en el sentido de considerar el sexo como un factor determinante para la presencia de ideación suicida en las mujeres". (Jiménez, 2007).

Cada acción relacionada con una autoagresión debe ser tomada en cuenta como un sufrimiento real, que debe atenderse.

Ryan, Puig-Antich y Ambrosini en 1987 y Brent, Kalas, Edelbrock, Coltello, Dulcan y Conover, en 1986(citados en Buendía, 2004) han encontrado que el trastorno afectivo crónico aunado a lo que llaman una "doble depresión" por ejemplo, una depresión mayor con una distimia, ha estado significativamente asociada con la conducta suicida en jóvenes. Las chicas que han pasado por una tentativa de suicidio piensan en sus problemas de forma más imprecisa, responden con mayor emotividad ante los problemas y los evitan. El riesgo suicida es mayor en personas que han iniciado a padecer el trastorno depresivo más jóvenes y con más larga duración del padecimiento, los que tienen más estresores en su entorno familiar e historia de suicidio en ella.

Las adolescentes con intento de suicidio tienen mayor cantidad de problemas que las que solo tienen depresión. Las primeras, casi siempre provienen de familias rotas o de haber sufrido abuso sexual u otro tipo de abuso como humillación o vejación, por ejemplo.

Las adolescentes en riesgo, son aquellas que presentan algún tipo de trastorno en su desarrollo psicológico (afectivo, cognitivo, psicosocial). Una niña o adolescente está en riesgo cuando contrae enfermedades que la inhabilitan física, psicológica,

social o jurídicamente y cuando habitualmente realiza comportamientos individuales o colectivos, que ponen en juego su vida o la de otros.

Existen en torno a la patología relacionada con el suicidio factores de vulnerabilidad, factores de riesgo y precipitantes.

Los factores de vulnerabilidad están relacionados con el contexto sociocultural y con las psicopatologías específicas. Los factores de riesgo pueden ser predisponentes como la genética, la biología perinatal y la personalidad y los factores precipitantes son eventos tales que llevan al individuo a una posición dilemática como pudiera ser una situación psicosocial crítica o altamente estresante, soledad, aislamiento, factores relacionados con el ciclo vital, un trasfondo de agresión o violencia. (Casullo, 2000).

Para Freemon (citado en Casullo, 2000) los factores de riesgo para las adolescentes más importantes al intentar el suicidio son la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, la exposición a la violencia familiar; el abuso de sustancias tóxicas, la historia de suicidio de algún amigo, la presencia de trastornos afectivos, tener problemas académicos o dificultades para el ingreso al mercado laboral; tener problemas económicos, preocupación exagerada en torno a la muerte, fracasos escolares reiterados, ausencia de vínculos con pares, familia severamente disfuncional; situación familiar estresante, abuso o violencia paterna, psicopatologías severas en los padres, comportamiento suicida en los padres, sufrir accidentes personales severos, intentos de suicidio previos o recientes

Arieti y Bemporad, en 1997. (citados en Escobar, 2009) consideraban que en las adolescentes un rasgo importante de la depresión es la falta de individuación, permanecen sujetas a la familia por los sentimientos de culpa y obligación, se esfuerzan por complacer a la familia o se rebelan contra los mandatos familiares y a costa de ello se lastiman a sí mismas, el deseo es dañar al padre. La adolescente puede reemplazar al padre por otra persona con quien establece una relación de compromiso; cuando han vivido la infancia llena de sobreprotección se les impide desarrollar su autonomía.

Factores que pueden conducir a una joven al suicidio son la ambivalencia en relación al logro de su independencia y las presiones de los compañeros, así como el inicio de su actividad sexual. (Calderón, 1999).

Es importante recapitular pensando la depresión como un evento de la condición humana. Ha sido reconocida como algo doloroso desde tiempo inmemorial, que obstruye la plenitud de la existencia y que incluso propicia la intención suicida como una salida final a una vida deslucida y poco gratificante. Desde los antiguos griegos y romanos se ha buscado la etiología de la depresión sin llegar, hasta ahora, a una conclusión plena y satisfactoria sobre las causas.

Se puede afirmar que al igual que en muchos acontecimientos, las mujeres han padecido desde siempre depresión, pero no han sido cabalmente consideradas, sino hasta el momento en que estadísticamente se demuestra una prevalencia femenina en el padecimiento. Los estudios se encaminan a determinar las razones de esta diferencia.

En algunos estudios se afirma que las mujeres padecen depresión fundamentalmente en los períodos de la vida en los que la producción de hormonas es muy alta o tiende a desaparecer, como en la pubescencia o en la menopausia, sin olvidar el trastorno disforico, el periodo postparto etc.

Una de las respuestas que existe en torno a la diferencia entre hombres y mujeres es la de los factores culturales y sociales que predisponen a la fragilidad a las mujeres. Expresan más abiertamente sus sensaciones y sentimientos, sin olvidar que están más acostumbradas a acudir al doctor y a poner más atención en los signos de su cuerpo, lo que seguramente influye en las estadísticas.

La infancia y la adolescencia vividas en un entorno familiar disfuncional y los trastornos parentales en el área de la salud mental actúan como factores predisponentes para vivir una adolescencia patológica.

En el caso de las mujeres es relevante la figura de la madre con depresión y la ausencia del padre en el momento en el que se vive este periodo.



El tratamiento de la depresión está en función de la corriente científica predominante al momento del tratamiento, en algunos periodos ha prevalecido el tratamiento con fármacos, en otros la modificación conductual, en otros la modificación de pensamientos disfuncionales.

Uno de los riesgos de la depresión es llegar al suicidio, sin embargo no toda persona que padece depresión se suicida ni todo suicida estaba deprimido, es por esta razón que el énfasis de los estudios suicidológicos se pone en la anticipación del hecho. Para ello existen muchas escalas que miden la depresión, y que tan cercana se encuentra una persona a la comisión de suicidio; es entonces importante el estudio de la depresión como un signo de alerta, que conduzca a tomar las medidas de ayuda pertinentes.

Aunque los aportes en los diferentes modelos de la psicología difieren en sus fundamentos es importante resaltar que existen semejanzas en torno a la concepción de la depresión. Los psicólogos italianos actuales hablan del concepto de renuncia, el individuo deprimido ha renunciado; los psicoanalistas hablan de pérdida, de una pérdida narcisista que a fin de cuentas es la del propio yo que socava al individuo, los cognoscitivistas de pensamientos distorsionados. La depresión es una respuesta a la pérdida de un objeto amado (Ramos, 2003). Tal vez la relación con ese objeto amado tenía características simbióticas o de dependencia; con la ausencia la estima del sujeto queda mermada y lista para tomar una decisión poco conveniente, para el curso de su vida: el suicidio.

## CAPÍTULO TRES. INTENTO SUICIDA EN LAS ADOLESCENTES

### 3.1 Historia del suicidio.

Ella se puso de pie para palpar el vientre con las manos luego se desnudó

Una vez fuera de la casa sintió el calor de las piedras pero eso no fue suficiente para detenerla.

Cuando llegó a la cima del risco desplegó sus alas y saltó.

Pablo Raphael.

Solo me gusta el sueño.

Únicamente él es bueno,

Sólo él es suave...

La implacable realidad me conduciría al suicidio

Si el sueño no me permitiera esperar.

Guy de Maupassant.

Debe ser maravilloso volver a la nada

María Teresa Sánchez Concheiro.

Etimológicamente la palabra *suicidium* deriva de dos términos de origen latino *Sui* y *Cadere*. El primero significa *de sí mismo* y el segundo *matar*, entonces es *matar a sí mismo*, tomando a la letra los vocablos. (Clemente, 1996).

También se dice que es *sui* que significa *sí mismo* y *cidium*, cuyo significado es *muerte*, derivado del verbo *caedere* que es *matar* (Cohen, 2010). El término compuesto da cuenta de la dificultad que siempre ha existido para nombrar un acto que es inentendible, inexplicable, además de aterrador e inquietante; como dice Cohen (2010) se requiere para comprender el curso de esta historia de la *retórica de lo inefable*, para desenmarañar lo que ahora aún resulta complejo y que necesita de mucho trabajo, todavía, para que pueda vislumbrarse con alguna claridad.

El término *suicidium*, entró en uso en Francia en el siglo XVII. Al parecer fue un sacerdote apellidado Prevóst, lo mismo se dice de otro clérigo Desfontaines; no hay claridad en la atribución del empleo de este vocablo. (González Orea, 2002).

Aunque sus componentes sean, de origen latino, no fue conocido ni usado de esta manera en la antigua Roma, pues el prefijo *suus* no se empleaba en locuciones compuestas; de haberse empleado de esta manera hubiera significado “literalmente, *dar muerte a un cerdo*” menciona Cohen (2010).

Sin embargo, la palabra no refleja bien a bien la historia que la acompaña, que es larga, abundante, y fiel reflejo de la moral y de los valores de cada época. Habrá que mirar el acontecer histórico y filosófico en relación al suicidio, aunque aquí, sólo sea de manera sucinta, pues el tema ha sido abundantemente tratado, por distintas materias y en distintos períodos históricos.

La filosofía, consideran Clemente y González (1996), ha dado argumentos en pro y en contra del suicidio más objetivos y realistas. Los argumentos han sido de tipo social y existencial, fundamentalmente. Se intentará en este trabajo seguir sintéticamente el pensamiento de las escuelas filosóficas como lo proponen estos autores.

Pierre Moron (1992) hace el análisis de dos esquemas que son importantes para el entendimiento histórico. Por un lado los usos y costumbres relacionados con el suicidio en diferentes épocas y contextos sociales y por otro el ejercicio de ciertas profesiones que han intentado dilucidar y entender el porqué de tal acontecimiento. Es adecuado tomar estas sugerencias e intentar revisar desde estas perspectivas, de acuerdo a los límites y objetivos de este trabajo recepcional, la filosofía, la historia social y la historia científica, en torno al suicidio.

Los griegos y los romanos consideraban que los hombres eran libres y por tanto podían disponer de su vida. No ocurría lo mismo con las mujeres, los esclavos y los niños que no eran poseedores de su vida y si practicaban suicidio, el acto era considerado “*sedición o perjuicio a la propiedad del amo*” como menciona Jaccard R. (en Petrzalová, 2007). Aristóteles ( en Moron, 1992), filósofo, que vivió entre el 384 hasta 322 a. de C., fue representante de los pitagóricos, doctrina que se basaba en la importancia de los números en todo lo existente, era contrario al suicidio, pues lo veían como un acto que irrumpía en el equilibrio del alma y el cuerpo. También lo consideraba como agravio al Estado, dice Villardón (1993).

El epicureísmo y el estoicismo aceptan al suicidio como respuesta a situaciones intolerables. (Villardón, 1993).

El filósofo griego Sócrates vivió en 470 y hasta 399, a de C ( citado en Cohen, 2010). se refería al suicidio como un atentado contra los dioses que son los únicos dueños de la vida, pero a la par pensaba que la muerte era una liberación para el alma que se desprendía del cuerpo y de la vida terrenal. Las ideas de Sócrates, se dijo entonces, corrompían a la juventud por lo que fue inducido a tomar cicuta, al ser acusado por el tribunal; Platón escribió sobre el suicidio de Sócrates que tomó el bebedizo “con una tranquilidad y dulzura admirables” (Moron, 1992)

Aristóteles decía que el suicidio debía considerarse como un acto sociopolítico, lo consideraba una cobardía y un acto en contra de la polis. Los suicidas tendrían que perder sus derechos. (Cohen, 2010).

Cínicos, estoicos, epicúreos y cireneos planteaban que la vida y la muerte eran indiferentes. (Sarró,1991).Los epicureistas, tenían como pensamiento el logro de una vida feliz, con un equilibrio de placeres y sufrimientos; no condenaron la muerte voluntaria abiertamente, pero no les resultaba agradable.

Lucrecia vivió entre el 530 y hasta el 510 a. de C. fue discípula de Epicuro, descalificaba a los que temían a la muerte y también “a los que se dejaban llevar por ella” (Moron, 1992). Fue una mujer de alcurnia, hija de un prefecto romano, que después de su violación comete suicidio. Existen varias versiones de los hechos. Siendo casada, fue violada por el hijo de un rey. Confesó a su marido la ofensa, suplicó ser vengada, al tiempo que introdujo una daga en su corazón. Moron dice que como fiel discípula de su maestro no estaba completamente a favor del suicidio, sin embargo tuvo que morir por propia decisión y por propia mano. Lucrecia, no pudo con la adversidad del deshonor.

Diógenes (en Moron, 1992), perteneciente a la escuela de los cínicos, despreciaba la riqueza, no usaba calzado e iba casi desnudo; no tenía hogar y dormía a la intemperie. Se le reconocía con el mote de *perro*. No se tiene la certeza pero existe la versión de que acudió al suicidio. Sostenía que la muerte no era un mal.

Demóstenes fue un estratega y político ateniense, que se envenenó antes de caer en manos de sus enemigos.

Hegesias, (en Sarró, 1991) con sobrenombre *Peisithanatos*, que significa *persuasor de la muerte*, de la escuela cirenaica. Planteaba que la finalidad de la vida era la satisfacción del placer. Este último, extrañamente, conducía al pesimismo, pues la vida conlleva dolores que son más que los placeres. Hegesias, recomendaba el suicidio. Hizo escritos en los que hablaba de las grandes miserias de la vida y de cómo la muerte daba felicidad; resultaba tan convincente que cuando finalizaba sus discursos se producían suicidios colectivos.

En Grecia, en el siglo V, se conocía de los suicidas, sin embargo no se nombraba el hecho con claridad, sino a manera de circunloquio, sólo aludiendo. Era por la dificultad de lo que no quiere nombrarse. Ni siquiera el lenguaje contaba con una palabra designada ex profeso; se empleaban locuciones perifrásticas, como “morir por propia mano”. (Cohen,2010).

Los romanos, a través de Cicerón, encontraron una manera de nombrar el acto suicida como *mors voluntaria*, que tiene una connotación, al parecer, sin implicaciones prejuiciosas. (Cohen,2010).La dificultad de la designación clara subsistió, si no hasta ahora, si hasta épocas muy recientes. De ello da cuenta el ensayo escrito por Jean Améry, seudónimo de Hans Meyer, escrito en 1978, poco antes de quitarse la vida y que lleva por título *Levantar la mano sobre uno mismo* (2005), en donde él mismo describe la dificultad que tiene para emplear la palabra suicidio. Los españoles en algún tiempo se refirieron a *la mala muerte* (Clemente, 1996), y los ingleses *al mal inglés*. (Cohen,2010).

Menciona Moron (1992) que en el *Sueño de Escipión*, Cicerón reconoce, que con la vida los dioses le entregan al ser humano, también, la responsabilidad de ella. Por ello reconoce el valor del suicida. En el siglo II de la era cristiana, existió otra manera de designar el suicidio salvaje: *biaiothanatos* (Cohen,2010) o morir con violencia, que abarcaba cualquier forma violenta de morir en la guerra, en una reyerta, o por sí mismo, por ejemplo.

Los estoicos son los que aprueban, sin ambages, el suicidio, aunque con dos excepciones; cuando los familiares o el Estado cargan con las consecuencias y cuando “al hombre lo lleva el asco irracional y desmesurado, la *libido moriendi*, al loco deseo de muerte”. (Moron,1992)

Séneca, de origen hispano, Fue un notable de la política romana que participó de diversas maneras en ella. Era estoico, para él lo único valioso de la vida era la sabiduría; decía que el sabio debía mantenerse impávido. La tranquilidad e imperturbabilidad de ánimo conducía a la *ataraxia*. En el año 65 fue acusado de ser conspirador por lo que Nerón le ordenó que se suicidara. (Enciclopedia de la cultura española. Editora nacional. Madrid. Tomo V.p.264-265)

La descripción de la muerte de Séneca es terrible pues entrañó mucho sufrimiento. Al parecer se cortó las venas, como una primera opción, que resultó lenta e ineficaz; después hizo cortadas en los brazos y detrás de las rodillas, sin que tampoco se produjera la muerte, entonces consumió un veneno, que no funcionó porque había perdido mucha sangre, por lo que decidió tomar un baño caliente, que ayudó a su objetivo.

Séneca (citado en Clemente, 1996) fue defensor del suicidio. Consideraba que la vida era potestad del individuo. Cuando la vida resultaba infructífera y dolorosa era válido morir por suicidio. “el buen morir consiste en rehuir el peligro del mal vivir”. Para Séneca “pensar en la muerte es pensar en la libertad” (Moron, 1992)

Lucano fue un poeta romano, llamado “el poeta del suicidio” (en Moron, 1992) nació en Hispania, emparentado con Séneca. Por su notable éxito en la poesía provocó la envidia de Nerón, que lo vetó para el ejercicio de su obra de forma pública. Fue acusado de conspirar contra el emperador por lo que fue sentenciado a muerte. Lucano tuvo la prerrogativa de elegir la manera de hacerlo. Decidió cortarse las venas. ([http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/marco-anneo-lucano\\_2html](http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/marco-anneo-lucano_2html))

Para Platón (Moron, 1992), de la escuela estoica, aunque hacía poco caso de la vida, el suicidio le resultaba una conducta que trasgredía las normas legales, políticas y religiosas. Reconocía que podía ser una conducta lícita para la persona

que cargaban con una vergüenza enorme. Platón pensaba que una sepultura *aislada* era una buena sanción para los suicidas.

Plotinio reconocía que habría casos extremos en que el individuo tenía que salir de la vida. Ferrater lo cita: “Se rechaza el suicidio si es resultado de una pasión, de una ceguera; se admite en cambio cuando lo recomienda la razón” (en Clemente, 1996). Él tomará las ideas órficas, provenientes de una nueva religión basada en Orfeo, que concibe al individuo como compuesto de alma y cuerpo; el alma se considera indestructible y merecedora de castigos o de premios más allá de la muerte. Dirá que el suicidio conduce a la impureza. (Moron, 1992)

Los estoicos y los epicúreos aceptarán cabalmente el suicidio cuando ya no se disfruta la vida, y no existe esperanza para tal disfrute; en tal caso se asume que la muerte sería menos dolorosa que la vida.

En Roma, el pensamiento filosófico griego influyó de tal forma que fundados en dichas ideas se produjeron numerosos suicidios; también el aspecto político de esta ciudad inducía a algunos caídos del favor del emperador, como una manera de salvar sus riquezas, al suicidio. Los esclavos y los soldados no eran dueños de su vida. Si se les ocurría disponer de ella era muy mal visto y si eran rescatados su castigo era duro. Los numantinos, provincia romana que ahora pertenece a España, practicaron por lo menos un suicidio colectivo para no entregarse a los enemigos. (Villardón, 1993).

No sólo en Roma y en Grecia se conocen suicidios en épocas remotas. En lugares como Galia y Germania se realizaban suicidios: después de algunas ceremonias religiosas; las mujeres y ancianos debido a las condiciones de desventaja en las que vivían; en el caso de los galos para no convertirse en esclavos. Los visigodos no toleraban el envejecimiento y cuando este advenía se tiraban al vacío.

En Egipto existieron sociedades que buscaban una forma agradable de morir. En el antiguo Japón se practicó el hara kiri, y por motivos religiosos podían practicar el suicidio como medio de congraciarse con las divinidades. En el Tíbet y China practicaban el suicidio como medio de lograr la perfección o para huir de los enemigos (Moron, 1992).

Existe la versión de que Buda se mató, antes de ello les dijo a sus discípulos que la vida es el principio de donde emanan las cosas y es nada. Su discurso final se considera fatalista. (Berengueras, 2009)

En los primeros tiempos del cristianismo el suicidio como martirio fue considerado como un acto de fe y entrega a los preceptos religiosos. Paulatinamente la actitud se transformó en intolerancia. El primero en negarlo fue San Agustín que decía que estaba en contra de la ley natural. Declaró que el suicidio estaba inspirado por el demonio.

Entre los mandamientos está el de no matarás que incluye el suicidio. Judas se ahorca después de recibir las monedas que condenan a Jesús. La muerte de Judas se ve como una muerte abominable. (Moron, 1992).

En la Edad media la condena del suicidio ya era parte de la ideología popular. La iglesia católica consideraba al suicidio como arrogarse las funciones que sólo eran de Dios, pues lo pensaban como el único con la potestad para decidir por la vida y la muerte. Lo mismo ocurrió con el protestantismo cuyos representantes, Lutero y Calvino convenían en reconocer que Dios era el “dueño de la vida y la muerte” (Berengueras, 2009).

En el siglo XIII, Tomás de Aquino retoma ideas de Aristóteles y establece los principios para prohibir el suicidio: Ferrater, lo cita:

“el suicidio es un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación. Es como había dicho Aristóteles, un acto contra la sociedad, la comunidad o el estado, pues se le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que puedan rendirse. Pero es también, y sobre todo un acto contra Dios, que ha dado la vida al hombre” (Clemente, 1996).

Se considera natural repudiar al suicida y a sus deudos, también que no pueda alojarse en sepulcro consagrado. (Sarró, 1991).

John Donne ( en Sarró, 1991), en el siglo XVII, clérigo de origen inglés, escribió la obra llamada Biothanatos, en la que manifestaba el derecho a decidir sobre la



propia muerte. Donne se oponía a la condena del suicidio y creía que siempre había la posibilidad de una excepción. (Clemente, 1996).

Montesquieu (citado en Moron, 1992), en el siglo XVIII, tiempo de la Encyclopédie, donde lo importante era la razón por sobre los prejuicios pensaba que la sociedad no tenía la autoridad necesaria para castigar a una persona que no se siente parte de ella.

Voltaire creía que si el sacrificio por la patria era válido, por Dios era lícito, entonces el sacrificio en beneficio de uno mismo también lo era.

Hume. (citado en Clemente, 1996).defenderá la legitimidad de disponer de la vida propia en su ensayo Suicidio, y dirá que es condenado por superstición y falsa religión. Para Germaine Stäel, la melancolía era la repugnancia por la vida “es el desconcierto de las almas sensibles” (Moron, 1992).

Montaigne y Rousseau, Alambert y Diderot, para todos ellos el suicidio funcionaba como una prueba de la libertad del individuo. Sin embargo, eran los albores de la Revolución francesa y el suicidio aún era considerado, a nivel social como ignominia (Sarró, 1991).

Schopenhauer (citado en Clemente, 1996), filósofo idealista alemán, creyó que el suicidio era una reafirmación de la vida, lo veía como un deseo de vivir de huir de lo negativo, lo consideraba el *deseo de vivir que el hombre ve irrealizable*, aunque reconoce el derecho de cada hombre a su persona y a su vida.

Paul Ludwig Landsberg fue un filósofo alemán de origen judío, que se convirtió al cristianismo. Asesinado por los nazis. Discípulo de Husserl se opuso al suicidio. Su filosofía “es más que nada un canto a la esperanza” (Xirau,1968). Trabajó en temas relacionados con la muerte. Landsberg considera que las personas tienen que luchar y encontrar soluciones porque el “heroísmo más profundo” (Clemente,1996) es el de la moral cristiana que exige resistirse al suicidio. Dice “quien se mata se priva de su salvación”. (Cohen,2010).

Las culturas originarias manifiestan algunas características sobre el suicidio, que son ilustrativas de la influencia del entorno social como uno de los factores determinantes en la decisión suicida.

Grey en 1894, (citado por Berengueras,2009) encontró que los *yahgans*, habitantes de Tierra del Fuego, los habitantes de Andaman, los de Islas Carolinas y algunas tribus australianas no entendían el concepto de suicidio y desconocían este hecho. En cambio Giorgi, en 1780, (citado por Berengueras,2009) observó que los *kamchadales*, habitantes de Kamchatka, cercana a la Siberia, frente a cualquier clase de amenaza acudían al suicidio.

En la India, la población llamada *montaras* practicaba el suicidio de manera “tan frecuente como no se ha visto en ninguna otra región” también relata Giorgi en 1780 (en Berengueras,2009).

Los fidjeanos consideraban adúltera a la mujer que no se inmolaba junto con el marido cuando este moría. En Escandinavia por el suicidio se conseguía un lugar en el paraíso vikingo. (Berengueras,2009) Sólo por mencionar algunos de los vastos ejemplos, no tan difundidos.

En México, los antiguos mayas tenían a la diosa Ixtab favorable al suicidio, pues ella misma era representada con una soga al cuello. Aún ahora en el sureste mexicano se considera que los suicidios de alguna forma están relacionados con el concepto de esta deidad tradicional. (González-Orea, 2002)

La práctica suicida ha existido siempre y los juicios que ha recibido han sido desde la más completa censura, hasta la aceptación. En la actualidad en China y en Japón el suicidio inducido por la cólera es repudiado, los suicidas por lealtad o castidad, se considera que van al cielo y sus nombres tienen un lugar especial en los templos chinos y japoneses.

En la India la práctica del suicidio ha estado unida al ceremonial religioso y se ha visto bien. Aún ahora, en el caso de las viudas, de la vejez, considerada como un oprobio, y en la enfermedad, grave o mental, es aceptado. La religión en la india tiene consignadas las prácticas suicidas pertinentes en libros religiosos. Dejarse

morir de hambre, abrasarse con estiércol de vaca, sepultarse en la nieve de las montañas y arrojarse en la pira mortuoria del marido. (Berengueras, 2009). Esta última práctica llamada *sati* o *suttee* (Cohen, 2010).

Rodrigo Iván Sepúlveda López de Mesa, (2008) realizó un trabajo sobre los indígenas *emberá* y *wounaan*. Desde 2003 y hasta 2006 vivieron una oleada de veinte suicidios en serie, ocasionados por un “jai” o demonio, que representa la adversidad por la que pasan las tradiciones del pueblo.

El suicidio en ocasiones es producto de las condiciones de vida por las que tienen que atravesar los pueblos originales frente al embate de los nuevos usos sociales que los marginan hasta orillarlos a la desaparición.

### 3.2 Aportes teóricos sobre el suicidio

En Torno al suicidio es fundamental considerar en el siglo XIX el aporte que realizó Émile Durkheim en la Sociología.

Durkheim (1897,2007) considera que el suicidio es un fenómeno social. Su investigación llamada Suicidio fue entonces un modelo para la Sociología, aún es un aporte valioso en este campo y punto de referencia obligada, para los interesados en el estudio del suicidio.

Durkheim en su trabajo buscó las variables sociales relacionadas con las tasas de suicidio correspondientes a diferentes sociedades. Los factores que desencadenan un suicidio, según se desprende de esta investigación, son tres: la naturaleza de los individuos que componen una sociedad, la naturaleza de su organización social y los acontecimientos pasajeros que producen alteraciones circunstanciales. (Clemente, 1996).

Durkheim (1897,2007) describió cuatro tipos de suicidio: anómico, egoísta, altruista y fatalista. Los cuatro tienen que ver con la integración social. Los dos primeros se producen por deficiencia en la integración y los dos restantes por exceso. El suicidio anómico es consecuencia de un desequilibrio entre la persona y la sociedad, no existen normas alternativas para que el individuo se guíe; el

suicidio egoísta se produce por soledad y aislamiento social, el suicidio altruista se produce porque la sociedad le impone al individuo tal decisión como resultado de una gran integración y el fatalista se produce porque la sociedad ejerce sobre el individuo un gran control. Para Durkheim el suicidio es “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma”.

La psiquiatría ha considerado al suicidio dentro de su ámbito de estudio. Para los psiquiatras es una enfermedad mental. En las consideraciones menos drásticas, se dice que es una alteración psicológica.

Desde los siglos XVII y XVIII existía la idea de un vínculo entre la melancolía y el suicidio. La depresión es llamada melancolía, hasta el día de hoy por los psicoanalistas, debido al trabajo que Freud dedicó en 1917 a ella.

Cohen (2010) piensa que el precursor del entendimiento científico del suicidio es Robert Burton con su tratado llamado Anatomía de la melancolía publicado en 1621; en este libro, además de dar una explicación de la causa de la melancolía y de cómo evitarla, Burton declaró su posición de mediana defensa hacia el suicida.

En 1820 Falret (en Berengueras, 2009) estimó que el suicidio era el resultado de una alteración mental Philippe Pinel, en el siglo XIX, (1745-1826) (en González-Orea, 2002); clasificó al suicidio como una conducta mórbida, como síntoma de la melancolía. Para él no existía daño en el cerebro del que padecía melancolía, sino que la *atribuía a sentimiento muy intenso en la mente*. Su propuesta de terapia era el tratamiento moral que consistía en un ambiente y cuidados agradables para el enfermo, según expresa Jackson S. (González- Orea 2002).

Esquirol (1883) consideró al suicidio como síntoma de un trastorno mental, pero además como producto de las pasiones humanas “como una crisis de afección moral” (citado en Clemente,1996). Esquirol vio el suicidio como resultado de una crisis afectiva, producto de un delirio agudo, según él, todas las personas han tenido alguna vez ideas de suicidio o de tirarse por un precipicio. (Berengueras, 2009). El tratamiento moral de Pinel, también lo practicó Esquirol.

Griesinger (1817-1868) (citado en González-Orea, 2002) en su Patología y Terapéutica de las enfermedades mentales, ve a la melancolía como un desorden mental y corporal. La terapéutica había cambiado, ya no era un tratamiento violento y desagradable sino todo lo contrario empezó a aparecer la necesidad de ocuparse del estado de ánimo del paciente.

Von Krafft-Ebing (1840-1904) (en González-Orea, 2002) explica al melancólico como un individuo sombrío, frío, con desorden de pensamiento y de ideas delirantes, ideas tristes y actitud hostil al exterior; para él la melancolía era un desorden relacionado con la nutrición, un estado emocional con dolor psíquico que produce inhibición.

En 1910, en el seno de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, Stekel (en Sarró, 1991) expuso la idea del suicidio como “homicidio frustrado, o agresividad interiorizada”. En aquella reunión se resaltó, también, la importancia de “la falta de amor como causa del suicidio”. O se contempló como “acto de reproche o venganza velada hacia los padres” como expuso Adler, de acuerdo con Friedman en 1967 (en Sarró, 1991).

Freud, a diferencia de Durkheim, privilegiará los factores individuales en la comisión de suicidio. Su planteamiento, es precisamente que la agresión hacia un objeto abandonado se vuelve hacia la propia persona. Se da una crisis en la relación objetal. Del objeto no se elimina la energía como se haría en un duelo normal sino que la energía, la libido, al quedar libre se fija al yo y este último queda identificado con el objeto abandonado. “La pérdida de objeto se convirtió en una pérdida del yo” (Cohen, 2010).

En la melancolía la pérdida inconsciente no permite identificar con toda claridad que fue lo que perdió el melancólico. Además del objeto, no se sabe que perdió de sí mismo, por lo que se vuelve vacío, empobrecido. Es la condición que puede conducirlo al aniquilamiento. El melancólico cree que él es responsable de su pérdida por tanto debe castigarse. Al no poder vengarse del objeto odiado se vengará de sí mismo. En su trabajo llamado Duelo y Melancolía Freud dirá:

“Sabíamos, ciertamente, que ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas orientados primero hacia otras personas y vueltos luego contra el yo; pero continuábamos sin comprender por medio de qué juego de fuerzas podían convertirse tales impulsos en actos. El análisis de la melancolía nos muestra ahora que el yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a sí mismo como un objeto...en la regresión de la elección narcisista de objeto queda el objeto abandonado...ha demostrado ser más poderoso que el yo” .En el suicidio... queda el yo igualmente dominado por el objeto...” (Freud, [1915-1917] 1972).

La cita anterior corresponde al período temprano de Freud. En 1920 cuando escribe Más allá del Principio del Placer tendrá una concepción distinta del suicidio.

Para Freud el suicidio estará relacionado con el impulso de muerte Thanatos que se impone a la vida Eros. Thanatos es producto de la frustración y la melancolía. El individuo proyecta hacia sí mismo la agresividad de un complejo de culpabilidad surgido por “la identificación con un objeto introyectado y ambivalentemente amado”, menciona Eidelberg en 1971 (Clemente, 1996).

La pulsión de muerte en la melancolía se apropiara del superyó, formado con la identificación del niño de las figuras parentales. En algún momento el superyó se volverá particularmente duro contra el yo. La melancolía es un resultado de la severidad del superyó que perfila al individuo hacia la muerte; “...la tendencia suicida de la melancolía se explique[a] porque en lugar de sentirse amado, el Yo, experimenta el odio y la persecución del Superyó” (Cohen, 2010).

Es un conflicto intrapsíquico que se desencadena por factores ambientales. La pérdida del ser amado. El superyó demasiado estricto, sádico, actúa en contra del yo hasta lograr la muerte de la persona. (Clemente, 1996).

Para Menninger (1893-1990) (en Clemente, 1996) el suicidio es un homicidio a sí mismo, puesto que dirige al sujeto mismo el deseo de ser matado y morir.

Cohen (2010) explica el aporte de Menninger como un homicidio invertido que expresa la ira del individuo contra otra persona, que sirve de pretexto para la autoagresión; según propone Menninger, la hostilidad incluye el deseo de matar, de ser muerto y de morir. Una curiosa explicación de este autor es que la autoagresión produce en las sociedades modernas un descenso en los homicidios y un ascenso en los suicidios.

Lacan (citado en Cohen, 2010) afirma que el hombre a diferencia del resto de los seres vivos es el que conoce que va a morir y es el único que puede suicidarse. El saber se lo otorga la palabra, es decir el lenguaje. Lacan en su teorización contempla tres registros el de lo real, el de lo imaginario y el de lo simbólico. En el primero analizará el hecho real, en el segundo la muerte como saber y en el tercero el vínculo que ata a la vida con la muerte.

Para Lacan el hombre es un animal suicida, en acuerdo con las ideas del biólogo Bolk sostiene que es un ser deficiente cuyo nacimiento está acompañado de dolor. El yo se constituye en base a la imagen del otro, según Lacan (citado en Cohen, 2010). Narciso se avocó a su propia imagen sin entender que la sexualidad está enmarcada en la relación que se establece con el otro y se perdió en su propia imagen. Eligió gozar con su propia imagen hasta la muerte. El goce sexual compartido por vía de la reproducción impide que el sujeto se extravíe en su *pasión suicida*, pues le da oportunidad a la pulsión de vida Eros.

Se ha llegado a considerar al suicidio como todo acto o conducta que indirectamente puede llegar a provocar la muerte como la drogadicción, dejar de comer, los deportes de riesgo. En esta categoría entran los conceptos de suicidio que Scheitman llama suicidio subintencionado y el de Kreitmann que llama parasuicidio. ( citados en Clemente, 1996).

La OMS(2000) intentó que hubiera orden o acuerdo entre los diferentes ámbitos especializados en cuanto a la terminología empleada para ello propuso definir el acto de suicidio como aquel por el que un sujeto se provoca intencionalmente daños. El CIE incluye en su categoría de suicidio las categorías de: consumado, tentativa de suicidio, y lesiones auto -infligidas intencionadas.

Soubrier, en 1984, (citado en Clemente, 1996) suicidólogo, define el suicidio como “una patología de la desesperanza, sea cual sea, el medio, la cultura, el entorno”.

Baechler (citado en Clemente, 1996) lo define como “todo comportamiento que busca y encuentra solución de un problema existencial en el hecho de agredir la propia vida”.

Clemente y González (1996) psicólogo social el primero, y el segundo sociólogo, españoles, ambos, aportan su concepción del suicidio desde una óptica social. Siguiendo a autores como Hobbes, Durkheim, Berger, Luckmann y Parsons, consideran que la sociedad es la que crea en el individuo la necesidad de vivir, que su función es la integración social y que sirve de marco de referencia para el individuo. Piensan, sin embargo, que, la sociedad, no cumple con esas funciones. No lo hace con todos sus miembros y con los que cumple, lo hace con diferentes intensidades por tanto, para ellos el suicidio surge por conflictos psicosociales, por desmotivación frente a la vida, y del apartamiento que hace el individuo de su medio social frustrante. La, definición que Clemente y González proponen para suicidio se enuncia a continuación:

“el suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provoca exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento”.

(Clemente, 1996)

Cohen (2010) clasifica las definiciones del suicidio en restringidas o estrictas y amplias. En las primeras menciona la de Tom Bauchamps, bioeticista, que dice “un acto u omisión es un suicidio, si la persona provoca intencionalmente su muerte y si además, se cumplen las dos condiciones siguientes: por una parte, si



existe una ausencia efectiva de coerción externa, si las circunstancias de la muerte han sido dispuestas por el propio agente del acto suicida”. A esta definición se le encuentran algunas limitantes como estar, aunque no lo parezca sesgada moralmente porque excluye a los enfermos mentales y además no considera el factor del azar en la intención suicida. Las ventajas que tiene es que satisface los requerimientos legales y usa un lenguaje común.

Un ejemplo de definición amplia es la que se maneja en la medicina forense, que caracteriza al suicidio como toda muerte no accidental cuya causa próxima es deliberada, auto provocada y auto infligida La definición de Durkheim entraría en esta categoría. (Cohen, 2010).

Para Solomon (en Zendejas, 2006) el suicidio es el desenlace que se obtiene de continuos fracasos en la intención de adaptarse, conlleva aislamiento y dificultades en las relaciones humanas que se deterioran al grado de dejar de existir pues dejan sin sostén al individuo. Beachler, en 1975, definió el suicidio como un comportamiento que busca solución a un problema existencial al atentar contra la propia vida, según consignan en 1976, Kaplan y Sadock, 2001. (citados por Zendejas, 2006)

Desde los últimos años del siglo pasado, se considera al suicidio como una enfermedad multidimensional con predominancia del aspecto psicológico.

Edwin S. Shneidman, recién fallecido, en el 2009, es el fundador de la disciplina llamada suicidología, que tiene por objeto investigar el suicidio como parte de una crisis psicológica que se genera en la individualidad. Shneidman definió el suicidio como:

“el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. Los sociólogos han demostrado que las tasas de suicidio varían de acuerdo con factores como la guerra y el desempleo, los psicoanalistas sostienen que es la ira hacia un ser querido que se dirige hacia adentro, los psiquiatras lo ven como un desequilibrio bioquímico. Ningún método tiene la respuesta: Es todo eso y más”. (Chávez, 2010).

Shneidman (1961, 1969) contribuyó de manera notable al esclarecimiento del fenómeno del suicidio. Encontró que se le podía entender como una *reacción* y no sólo una *decisión* en tanto se considere de esta manera existe la posibilidad de realizar una intervención pues es posible conocer que obliga al individuo a reaccionar de tal forma. El suicidio es un gran dolor psíquico y a la par un pedido de ayuda que se puede y debe atender.

Es necesario recalcar, nuevamente, que aunque la asociación depresión-suicidio es muy frecuente no es la única causa. Aunque aquí sea la que conviene estudiar para este trabajo. Las características de la depresión o melancolía en términos psicoanalíticos desprecio, reproche, exceso de responsabilidad y culpa empatan perfectamente con las características que manifiesta el suicida. El objeto interno perdido es externo tal vez pero como se dijo antes se conjuga con el objeto que se ha revertido hacia sí mismo, con ese *algo extraviado* del propio sujeto. Los autores casi conjuntamente llegan al acuerdo de que el suicidio es un trastorno, dicen algunos, otros se refieren a la enfermedad, o fenómeno, o perturbación, que entraña una naturaleza afectiva.

### 3.3 Ideación e intento suicida en las adolescentes.

El suicidio independientemente de la óptica que manifieste el ser humano para dar un juicio en torno a él, produce un impacto emocional desmedido.

Los datos epidemiológicos son contundentes. En México, reporta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI,2010) que la tasa general de suicidios se ha incrementado en un 3.2% anual entre 1995 y 2004. Entre 1990 y 2005, la tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes mexicanos, entre 15 y 24 se duplicó. Las tasas más altas de riesgo y suicidio consumado se ubican en esas edades. (Eguiluz,2010)

Las mujeres lo intentan más, según Ontiveros (citado en De la Garza,2008) debido a que padecen más depresión y emplean medios menos letales. Por cada mujer que se quitó la vida, se registraron cinco casos de hombres. Baquedano,

menciona que el sureste mexicano tiene las cifras más elevadas de suicidio, en Yucatán, Campeche, Tabasco, y Quintana Roo los suicidios se presentan tres veces más que la media nacional de 2.8 por 100 000 habitantes. (Eguiluz,2010).

Macías (2010) define el suicidio como una forma de *decir no articulada*. Considera que el suicidio es un acto estrictamente individual, tan lleno de particularidades que la única generalización que acepta es, que atañe a la naturaleza humana y que en ninguna sociedad, *por más perfecta que pudiera ser*, se podrá erradicar. Para este autor hay diferencia en el suicidio adolescente y el de un adulto, en el caso del adolescente, el suicidio es precipitado por el entorno:

“el actuar el deseo de un padre, de una madre o de ambos, respecto a la muerte de ese hijo. El encontrarse aturdido por las continuas peleas con lujo de violencia de sus padres y ya no querer vivir más esa situación; el creer que afrenta el honor de los padres al obtener una nota reprobatoria ...el encontrarse con una madre loca que pese a la miseria, se embaraza una y otra vez...” (Macías,2010).

Es en la niñez donde se gesta un acto suicida que sorprenderá en la adolescencia. Una infancia envuelta en los conflictos familiares genera sufrimiento en la infancia y convierte al niño en un ser humano vulnerable.

La violencia, entre los padres y hacia los hijos. El divorcio y la separación de los padres son fuentes de desequilibrio emocional para las adolescentes, que se suman a las complicaciones inherentes a la adolescencia misma.

Macías (2010) declara, a propósito de los padres: “afirmar que los padres quieren el bien para sus hijos, está visto que no es así...a veces no quieren nada, y a veces desean alguna muerte.”. Son los deseos inconscientes, de los padres, los que se manifiestan en la muerte del hijo (porque nació fuera del matrimonio, porque impide un nuevo matrimonio, porque es la representación física de alguien odiado etc.).

Las dependencias como el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades graves incapacitantes entre los miembros de la familia, o en etapa terminal, así como las

enfermedades mentales, diversas; y la depresión, sobre todo la materna, dejan a la joven adolescente en una situación de fragilidad y proclive a los conceptos de muerte y suicidio.

Además están los factores socioculturales que intervienen reforzando los conceptos de violencia y muerte como algo banal e incluso divertido o para relax, después de las actividades cotidianas. La televisión y el cine son ejemplo de estos factores, que influyen también en formar a las candidatas al suicidio, entre otros.

Pérez, (2006), y De la Garza (2008), señalan que la concepción de la muerte es distinta en los niños. El pensamiento mágico, prevalece, incluso en las adolescentes, que conciben la muerte como el sueño del que se puede despertar. Es la idea de la muerte, como se mira en los cuentos de hadas, donde la adolescente, podrá volver de la muerte, para vivir una vida de ensueño, alejada de padecimientos físicos, dolores emocionales y violencia. (Sepúlveda, 2008):

Sonia tenía dieciséis años en marzo de 2005, cuando se suicidó. Todos los jóvenes de su familia se habían suicidado: tres adolescentes, dos mujeres y un hombre.

En una entrevista hecha al padre de Sonia refiere que ella soñaba mucho y todos sus hijos también lo hicieron, antes de decidir suicidarse. Soñaban a personas de su familia que los habían precedido al suicidarse, también: "llamaban a los suicidas en sueños les decían que porque no se iban con ellos a un mundo más 'bonito'" (Sepúlveda, 2008), parientes y amigos trataban de acompañar a los chicos, de no dejarlos solos, pese a ello se suicidaron porque ellos "*sólo deseaban dormir plácidamente...se aislaron... y... aparecieron colgadas*". (Sepúlveda, 2008)

Sonia formaba parte de una etnia sudamericana en la que no existe el concepto de enfermedad mental y el hecho relatado es parte de un sufrimiento relacionado, desde su perspectiva, con brujería cometida por los chamanes para preservar las costumbres, pues son los jóvenes los que impulsan las transformaciones sociales. Sin embargo el hecho relevante en este contexto es la idea de *sueño plácido y de ir a un lugar mejor* que manifestaban los adolescentes a sus familiares antes de suicidarse.

Se llama tendencia suicida a las razones por las que alguien se suicida. Los sentimientos suicidas no se desarrollan rápido son un proceso que evoluciona poco a poco.

La, OMS(2000), da la definición de “intento de suicidio como un acto que no evoluciona fatalmente, en el cual un individuo deliberadamente inicia una conducta no habitual, sin intervención de otros, para causarse daño, o ingerir una sustancia en exceso...con el deseo de tener consecuencias físicas de autodestrucción”.

O’Carrol (citado en De la Garza, 2008) define en su texto Más allá de la Torre de Babel, la *tentativa de suicidio* como la conducta autodestructiva sin desenlace mortal, pero en la que existen las evidencias necesarias para afirmar que la persona tenía la intención de morir. Se refiere a otra clase de tentativa a la que llama *tentativa de suicidio fallida* a la que define como una conducta autodestructiva donde existen las pruebas que corroboran que la persona quería morir pero se detuvo antes de llegar a producirse un daño físico.

González (citada en Macías,2010) define “Los intentos de suicidio son [...] (sic) un llamado, un signo de alguien que aún espera respuesta, hasta un umbral que, una vez superado, se convierte en suicidio efectivo”

O’Carrol (citado en Macías,2010), concibe la *ideación suicida* como los pensamientos relacionados con la provocación de la muerte propia.

La ideación suicida puede conllevar diversos grados de gravedad que están en función de que tan elaborados sean los planes suicidas y el grado de tentativa en el que este ubicada la adolescente.

Entre la tentativa y la ideación suicida se ubica la intención que se define como los deseos o expectativas que tiene el individuo de realizar el acto autodestructivo.

Las autolesiones deliberadas son actos voluntarios cuyo objeto es el de lesionar, destruir o dañarse a sí mismo, que no contienen la intención de morir. (De la Garza, 2008).

La letalidad de la conducta suicida está en relación con el verdadero riesgo de morir con el método o el acto de suicidio elegido.

Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez, Durán, (2010), realizaron un estudio en el que querían investigar los factores asociados a los adolescentes con intención suicida.

Trabajaron con 87 casos de jóvenes entre 10 y 19 años. En sus resultados reportan que son significativos para el intento de suicidio haber elaborado planes y tener la intención de realmente hacerse daño, tener al interior de la familia antecedentes de suicidio o intención suicida y manifestar problemas afectivos. Creen de suma importancia atender cualquier lesión en los adolescentes por nimia que sea, y *debe ser tomada en serio*, puntualizan. Los especialistas tendrán que evaluar la situación familiar, social, escolar; tomando en cuenta aspectos como la agresión en el entorno, el maltrato físico, el miedo a los padres, la desesperanza y la culpa, enfermedades psiquiátricas como la depresión en los padres y en el adolescente.

La relación entre la patología de los padres y los hijos requiere de apoyo para ambos. Los padres son modelo y factor de cambio para los hijos.

La interacción entre la conducta de ambos, padres e hijos, es un factor determinante para cualquier clase de decisión que quieran tomar los hijos adolescentes, pues como es claro, el adolescente está en el camino, aún, de encontrar su identidad propia, pero ella se deriva de lo que han podido introyectar de sus propios padres.

Herbert (en Farberow, 1969) dice que existen fantasías en las que la muerte es gratificante. Cuando el caso es así, el suicidio representa un alto riesgo de ser consumado. Ocurre lo mismo cuando se requiere de una especie de expiación de culpas o pecados. Si se da el intento de suicidio es posible que después desaparezca la depresión, como si se hubiese cumplido una condena o una penitencia.

Después del intento suicida se pueden observar sentimientos de menosprecio hacia sí mismos, miedo, censura, inutilidad, odio hacia sí mismos; su agresión la

dirigen hacia ellos mismos y están lejos de poder ser comunicativos y se muestran más bien apáticos que deprimidos, la fantasía que puede surgir es percibirse como ya muertos, es lo que encontró Herbert en 1969. (en Farberow, 1969).

Eguiluz (1983) en una conferencia que impartió en la escuela Sistémica de Argentina definió *la ideación suicida* como los pensamientos que son intrusivos y repetitivos sobre la muerte, la manera en la que se desea morir, lo que gira en torno a la muerte propia, como los objetos con los que se desea llevarla a cabo, las circunstancias y condiciones. En su investigación participaron 100 jóvenes de la carrera de psicología entre 17 y 26 años a los que se les aplicó la escala de Ideación Suicida de Roberts y una evaluación del clima familiar con Moss. Encontraron que contrario a lo que se piensa las mujeres (47%), en este estudio, pensaron menos en el suicidio que los hombres (67.6%).

En un estudio llamado Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana se trabajó con 530 jóvenes, 263 varones y 267 mujeres. El 64% estaban en el rango de edad de 12 a 14 años y el 35.7% de 15 a 19 años. Encontraron que uno de cada tres adolescentes 33.6% manifestó haber tenido ideas suicidas, el 31.3% había deseado morir, el 21.1% pensó en quitarse la vida y 18.1% de los encuestados ya había intentado quitarse la vida. El espectro de ideación suicida fue mayor entre los 15 y 19 años. La conducta violenta alcanza un 11.3% entre las mujeres. (Cano, 2009)

Destacan Cano, Gutiérrez y Nizama. (2009), que hay dificultad para comparar los resultados de trabajos similares debido a factores como la inexistencia de instrumentos estandarizados que evalúen la presencia de ideación suicida y la tendencia a la violencia, validados según contexto idiomático y cultural, incluso, mencionan que estas dificultades se presentan al interior de un mismo país. En los resultados del estudio reportaron mayor tendencia a la violencia en los varones que podría contribuir a un mayor riesgo de morir por suicidio; encontraron también prevalencia de ideación suicida en los escolares entre 12 y 19 años, más en las mujeres que en varones en el subgrupo 15-19.

Las ideas suicidas son pensamientos relacionados con terminar con la propia existencia. Son muy frecuentes en las adolescentes y no resultan de tanto peligro si no se encuentran asociadas con otros factores que incrementen el riesgo. Pueden clasificarse, las ideas suicidas, en relación a la intensidad, con la que se presentan y a que tan estructurada es la idea del método que se emplearía.

Si se expresa *la idea suicida sin método*, la chica dirá que no sabe cómo lo haría. La idea en la que cree que se puede hacer de cualquier forma es la denominada *idea con método inespecífico*; *la idea suicida con método específico* que no ha sido planificado, es aquella en la que sabe cómo lo haría, pues tiene ya determinado el método, pero no sabe cuándo. *La idea suicida planificada* tiene ya todos los elementos determinados sabe como lo va a hacer, el momento ya está decidido y el porqué lo tiene claro. Existe otra forma de ideación, que es la *representación del suicidio*, donde la adolescente se ve como si lo estuviera realizando. (Pérez, 2006)

Chávez y Leenaar (2010) encuentran que, de acuerdo con lo mencionado por Edwin Shneidman, llamado padre de la Suicidología, existen diez características que se observan en cada suicidio, que ayudan a entender este tipo de conducta y de alguna forma a tener noción de cómo implementar mecanismos de ayuda. A continuación se mencionan:

- El suicida, tiene como objetivo *buscar una solución*.
- El suicida busca el *cese de la conciencia*.
- Lo que impele al suicida, es decir, el estímulo para el acto suicida, es el *dolor psicológico insoportable*.
- El estresor, en todos los suicidios, son las *necesidades psicológicas insatisfechas*.
- La emoción que los embarga es la *desesperanza, o la desesperación*.
- El estado cognoscitivo, en el que se encuentran los suicidas es la *ambivalencia*.
- Su estado perceptual es la *constricción*, que produce la visión de túnel, la acción que los impulsa es *escapar*.
- Como acto interpersonal se da *la comunicación de la intención suicida*, y
- La consistencia permanente de los estilos de vida.



El grito desesperado que significa el suicidio es velado para los otros, que llegan, incluso a malinterpretarlo como manipulatorio, como una manera de obligar al entorno y a los que están en él a cumplir *caprichos, sin ton ni son*. Si los avisos fueran interpretados como oportunidades para brindar ayuda, habría más posibilidad de salvar a quien realmente lo que quiere es cambiar su sufrimiento por una vida mejor.

# PROPUESTA DE UN TALLER POSVENTIVO PARA MUJERES ADOLESCENTES

Y tomando la mano a la niña, le dijo: niña, a ti te digo, levántate.

Marcos 5.

...Quiero daros vida, provocar nuevos actos

Y calculo por eso con técnica que puedo...

Miguel Hernández

. Los incidentes de la vida son crisis pasajeras

Susan Pick y Elvia Vargas

## Justificación.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reporta, que en el censo de 2010 se registraron en la República Mexicana un total de 5012 suicidios; el medio más empleado fue el ahorcamiento, seguido por la estrangulación o sofocación con 3847 casos; después el disparo por arma de fuego con 547 casos; envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas con 226 casos; el envenenamiento por medicamentos tuvo 88 casos. (INEGI,2010).

En 2010, en la República Mexicana se suicidaron 921 mujeres: 642 por ahorcamiento, 89 por envenenamiento por gases o vapores y 46 por envenenamiento por medicamentos. En el Distrito Federal se suicidaron 75 mujeres, de las que 63 lo hicieron por ahorcamiento. (INEGI,2010).

En el rango de edad de 10 a 14 años se registro un porcentaje de 16.3 muertes por suicidio y en el de 15 a 19 años, 17.6 muertes por suicidio. (INEGI,2010).

En la República Mexicana el porcentaje de suicidios con respecto al de muertes violentas es de 7.2 para mujeres. En el Distrito Federal, el mismo porcentaje, es de 9.2 para mujeres. (INEGI,2010)

Loza (citado en Cárdenas,2004) reporta que el INEGI en 1994 contabilizó 2215 suicidios en total en la Republica Mexicana, de los que 153 fueron intentos en el

Distrito Federal, de los que 72 correspondieron a mujeres. Es indiscutible la diferencia que muestran las cifras en aproximadamente quince años.

El suicidio es un problema de salud pública, pues representa un gasto económico enorme es una de las razones por las que se atiende con más rigurosidad científica a partir del nacimiento de la Suicidología, en los años setentas del siglo pasado (Sarró,1991)

La mayor parte de la población vive la adolescencia en los parámetros de la salud mental. Sin embargo esta etapa del desarrollo se asemeja a la patología, aún en el curso normal.

La crisis de identidad es el tema más relevante en la adolescencia. La identidad es una vivencia en donde el ser humano se identifica como él mismo y se diferencia cómo distinto de los otros. El self es el centro de la identidad pues es lo que se reconoce como lo propio dentro de la psiquis y que distingue a uno de otro. En cambio el yo es el conjunto de todas las representaciones mentales de objetos del aparato funcional que permite los procesos psíquicos. (Cárdenas,2004).

En la adolescencia se dan dos modelos de referencia el infantil y el adulto, ambos son rechazados por la adolescente pues ambos significan dejar de ser, significan perder su incipiente identidad, menciona Carvajal en 1993. (citado en Cárdenas,2004)

La adolescencia puede ser resultado de una infancia y una niñez con tropiezos emocionales, afectivos, físicos y sociales. Es un tiempo propicio para intentar un suicidio debido a la fragilidad en la que se encuentra la joven para enfrentar los retos y desafíos de la vida, pues ha perdido el equilibrio que había encontrado en su edad infantil.

La depresión severa, es un trastorno afectivo. En la adolescente resulta complicado el diagnóstico de depresión pues la infelicidad puede formar parte del proceso normal así como otros signos como la insolencia, la delincuencia, las fallas somáticas etc., mencionan Serfasty et al., en 1995 (citados en Cárdenas,2004). Se registra ideación suicida en uno de cada tres adolescentes

diagnosticados con depresión severa con la posibilidad de que se presenten intentos de suicidio. (Cantoral, 2002) Para Kessel (citado en Cárdenas,2004) el intento suicida es cualquier conducta auto lesiva intencional, que se sabe que puede ser nociva.

En la depresión se observan signos que deben alertar de un sufrimiento psíquico que conduce a tomar “la solución permanente a un problema temporal” como bien define el suicidio Yapko,(2006). Según la investigación de Saucedo en 1998 (Cárdenas,2004) en el hospital psiquiátrico cuando se presentan casos remitidos por intento suicida generalmente se emiten los diagnósticos de depresión o impulsividad o una combinación de ambos.

Las características relevantes para estar en el perfil de riesgo suicida son ser mujer, estudiante de tiempo parcial, estar en una condición de estrés y vivir en una zona urbana, según González y Villatoro (en Cárdenas, 2004). Liuba y Peña ( en Cárdenas, 2004) complementan el perfil con ser soltera, solitaria con pocos amigos, desesperanzada, insegura apática, rechazada y aislada; con síntomas como la ansiedad, insomnio, irritabilidad, con poca estabilidad emocional, angustiada. En el perfil de personalidad se registran tensiones no resueltas por insatisfacción de necesidades, presiones externas e inestabilidad emocional; antecedentes de intento de suicidio en la familia provoca en ellas que se dé un inconveniente movimiento de sus catexias, ambivalencia emocional y conductual dicen Mardomingo y Blumental (en Cárdenas,2004).

Es un hecho que las mujeres lo intentan más. Arlaes et al., en 1998 (citados en Cárdenas, 2004) estudiaron 136 casos, donde la mitad eran controles; 77.9% fueron intentos suicidas, con predominio del sexo femenino.

El 42% de los adolescentes reportan como causa del intento problemas afectivos y el 37% problemas en las relaciones familiares Terrova 1986 (citado en González 1996) Lidz (Citado en González 1996), reporta que los intentos se dan más en la población entre 12 y 13 que aún se encuentra muy ligada al entorno familiar.

Para tomar la decisión del suicidio el sufrimiento, en la mayor parte de los casos es extremo. El detonante puede considerarse superable, para el observador

externo. En muchas ocasiones el problema que orilla a la adolescente a tomar una decisión tan drástica realmente tiene solución. Lo importante es saber atender a los llamados de ayuda.

Las motivaciones que subyacen en este periodo de vida para el suicidio se pueden categorizar en tres : *la necesidad de comunicar o restablecer una vía comunicativa perdida*, donde juega un papel la ineficacia de la comunicación verbal y por otro lado la empatía hacia el sufrimiento de otra persona. *La cohesión social*, relacionada con la pertenencia, donde relaciones interpersonales poco gratificantes producen un sentimiento de soledad. *La preservación del estatus* que impele a un suicidio narcisista en donde se considera que se ha cometido un error en el desempeño de un determinado rol, considera Sugiyama, en 1984 (en Gómez y Borges, citados en Cárdenas, 2004)

La adolescencia también es un periodo de ductilidad, y de cambio, es una segunda oportunidad para transformar conflictos no resueltos en cualidades personales, útiles para el desempeño de una vida productiva en todos los aspectos en los que cada chica tendrá que demostrar a los otros y a sí misma que es apta para conducirse social y emocionalmente. (Morales, 2009)

La adolescente con el intento suicida *reacciona* (Chávez, 2010) a lo que no está bien en su vida, o en sí misma, pide, de esta manera, ayuda para sí y pretende un cambio en su entorno. Seguramente habría otra forma de decidir y de decir. Tendrían que poseer condiciones para comunicar su malestar de otra forma. Ser salvada conduce a remontar el acto suicida y a convertirlo en la posibilidad de que se le pueda escuchar.

La atención del intento suicida abre la posibilidad de que la joven se reencuentre, de que se pueda reconsiderar a la luz de una nueva perspectiva brindada por la intervención en crisis, la psicoterapia individual, el tratamiento psiquiátrico farmacológico pertinente, el internamiento etc.

La atención pertinente tendría que incluir una nueva manera de *reaccionar* frente a la adversidad. La habilidad para resolver problemas favorece la autoestima que es,

esta última, un punto vulnerable de las jóvenes deprimidas que han intentado el suicidio.

Las técnicas de reestructuración cognoscitiva como la *visualización* se emplean para realizar un cambio en la forma de pensar, actuar y sentir según las describen Gawain, 1999; MacKay y Fanning 1988; Minchinton, 1993; ( citados en Aladro, 2005), también mejora la autoestima porque ayuda a modificar la propia imagen, así como la manera de relacionarse con los demás y también a través de ella, de la *visualización*, se pueden cambiar los mensajes negativos transformándolos en imágenes vívidas gratas. Se puede reprogramar la toma de decisiones en función de sentirse mejor ser aceptada, confiada etc.

Aladro, (2005) dice: “La mente subconsciente parece no distinguir entre los datos sensoriales reales y las impresiones vívidas que se invocan durante el ejercicio de visualización. Además resulta más fácil la labor imaginativa porque se tiene el control y se experimenta menos ansiedad”. (p.58) La autora antes mencionada considera que para adquirir las habilidades de visualización se requieren exclusivamente de tres conductas con las que cada persona cuenta ya a nivel subconsciente que son crear, editar e interpretar escenas. Se pueden dar instrucciones y autoafirmaciones alentadoras de contenido breve, que resultan ser las más efectivas, que además deben ser de forma declarativa.

Morales Olivera (2009) menciona que la salud mental está en íntima relación con la capacidad de amar y de crear. La *creatividad* es un recurso vital presente en los procesos psíquicos y la actividad humana. Es un proceso psíquico individual, cognitivo y afectivo- emocional. La teoría Gestalt la vincula a la resolución de problemas pues ambos procesos están enlazados con la percepción. ¿Existe una relación entre la creatividad y la ideación suicida? La producción creativa es un recurso destinado a producir salud por tanto opuesta a un proceso de destrucción de vida (Martínez, 1997)

El trabajo creativo propicia un escenario de salud. Para la creatividad se requieren seis recursos: la inteligencia, el conocimiento, el estilo de pensamiento, la personalidad, la motivación y el contexto dice Sternberg. (en Martínez, 1997) .En

la adolescencia existe la tendencia grupal, es un comportamiento defensivo que brinda seguridad por ello los cánones dictados por los pares adquieren el carácter casi de ley pues sustituyen a los padres de los cuales pretende desligarse. (Aberastury, 2004).

El formato de *intervención grupal* tiene características que son convenientes para quien recibe la atención aseveran Mruk, en 1999 y Vinogradov y Yalom 1989 (en Aladro, 2005):

- Puede ser menos amenazante para algunas personas que la atención individual.
- La combinación de experiencia y estilo individual que se encuentra en las diferentes personas se asemeja a las condiciones de vida real.
- Una condición grupal presenta la posibilidad de mayor cantidad y variedad de retos.
- Da la oportunidad de probar las estrategias de autoestima de manera segura.
- Se recibe retroalimentación y modelamiento del resto de los integrantes.
- Se puede encontrar apoyo y amistad.
- Identificarse con las otras integrantes del grupo y percatarse de los recursos que emplean para decidir.

La intervención posventiva es una intervención distinta a la rehabilitación que más bien alude al proceso de des-construir el proceso destructivo y después “rearticular un nuevo proceso constructivo con otra dirección y en otro sentido” (Martínez,2010).

Es desde esta perspectiva que se propondría un Taller Posventivo para Mujeres Adolescentes que sería un coadyuvante de la terapia individual de las jóvenes participantes, no un sustituto. Pretendería por medio del formato de intervención grupal; emplear la creatividad individual de cada una de las participantes, por medio de ejercicios libres de expresión pictórica, de ejercicios de visualización de antes y después, así como de ejercicios de relajación que las adolescentes

participantes adquirieran nuevas estrategias para mejorar la forma de percibirse y percibir los juicios de los demás hacia ellas.

Que las adolescentes posean conocimiento de las características de la depresión y del suicidio, como se hace en una gran cantidad de trastornos físicos, como el cáncer o la diabetes, o el alcoholismo incluso, las ayudaría al reconocimiento del trastorno depresivo como superable y controlable. El trabajo en un taller grupal les daría la oportunidad de encontrarse con pares. El taller como herramienta de aprendizaje sería el idóneo ya que vincula la teoría y la experiencia en un espacio compartido.

Objetivo General:

Dotar a las jóvenes que intentaron suicidio de técnicas sencillas de mejoramiento de su autoestima, en tres aspectos: creatividad, auto percepción y relajación.

Objetivos específicos:

- Distinguir las características de la adolescencia normal.
- Identificar las características de la depresión y formas de afrontarla.
- Identificar las características del intento suicida y como detenerlo.
- Expresar libremente con técnicas pictóricas sus características personales.
- Identificar cambios en su pensamiento antes del intento y después.
- Lograr por medio de las tareas grupales establecer relaciones interpersonales como red de apoyo para momentos de crisis.
- Compartir su historia y las estrategias que emplean para sentirse mejor.
- .Aprender técnicas sencillas de respiración y relajación para disminuir el estrés y visualizarse positivamente.

Descripción del taller:

El taller comprenderá las etapas siguientes:



- Localización de la población.
- Entrevista inicial con las pacientes interesadas y
- Realización del taller.

Población:

Criterios de inclusión:

- Mujeres adolescentes entre los 13 y 18 años.
- Que intentaron suicidio.
- Con atención psiquiátrica y psicoterapéutica, previa al taller de apoyo aquí propuesto.
- Próximas al alta en la terapia individual o por lo menos seis meses de tratamiento.
- Haber superado la crisis inicial
- Diagnóstico previo de depresión: severa, distimia, bipolar.
- Contar con la aprobación del familiar responsable.
- Criterios de exclusión:
  - No podrían participar mujeres adolescentes con padecimiento trastornos distintos a la depresión. (ej.: esquizofrenia).
  - El taller para mujeres adolescentes no sustituiría de ninguna manera el tratamiento individual.
  - Que las jóvenes estuvieran internadas, en un hospital psiquiátrico.

Los psicólogos del taller de apoyo las entrevistarían para decidir la viabilidad y utilidad para la paciente de su participación.

El contacto hacia las candidatas sería por medio de los especialistas, psicólogos o psiquiatras tratantes. En centros hospitalarios dedicados a atender a las jóvenes en el momento de la crisis del intento suicida. El hospital del Sector Salud, en el

Distrito Federal, dedicado a ello es el Hospital Infantil Psiquiátrico “Juan N. Navarro”. El contacto podría hacerse, también, por medio de convocatoria, tipo cartel, en donde se incluirían todos los requisitos. Se podría acudir a asociaciones civiles dedicadas a la atención del suicidio.

#### Entrevista inicial

- La entrevista con las pacientes candidatas la realizarían los psicólogos que desarrollarían el taller de apoyo con objeto de conocer a las jóvenes y evaluar la viabilidad de su participación. Así como para hablarles de los beneficios que obtendrían. (ver anexo 1).
- Se podría realizar la aplicación de un instrumento para determinar la condición de auto estima de la candidata.
- Se establecería un compromiso- contrato de asistencia.
- Al cierre de esta primera entrevista se tendría que explicar a la joven el objetivo del grupo y la dinámica de trabajo, de forma general.

#### Realización del taller.

Cada una de las sesiones del taller estaría dividida en cuatro fases, que tendrían propósitos distintos:

- Primera fase: comprendería un trabajo o ejercicio dinámico, facilitador de la integración grupal y de la libre expresión creativa de las integrantes del grupo.
- Segunda fase. Los psicólogos expondrían el tema programado para la sesión incluyendo las conclusiones de los trabajos realizados por las integrantes del grupo en la primera fase.
- Tercera fase: el equipo de psicólogos, junto con las participantes formarían un círculo para reflexionar sobre lo que ha ocurrido en las fases previas. Podrían emplearse la técnica de grupo operativo o la de grupo reflexivo.
- Cuarta fase: el grupo practicaría ejercicios de relajación y respiración que incluirán la técnica de visualización.

- El grupo se formaría con por lo menos tres participantes. El máximo de participantes sería seis, que sería el número ideal.
- El taller se desarrollaría una vez por semana, con una duración de cuatro horas. Se realizarían un total de ocho sesiones. El tiempo que abarcaría sería de dos meses.
- Se cubrirían treinta y dos horas en total.

El equipo mínimo estaría formado por dos psicólogos.

- Psicólogo 1 coordinaría las sesiones y se encargaría de transmitir las instrucciones a las participantes en los ejercicios dinámicos.
- Psicólogo 2 observador llevaría registro de la conducta de cada participante, desde un punto de vista dinámico y expondría los temas.
- Ambos colaborarían como terapeutas en la tercera fase.

Perfil profesional de los Psicólogos:

- Área clínica con orientación psicoanalítica
- Formación sobre el suicidio.
- Trabajo terapéutico con grupos.
- Trabajo terapéutico con adolescentes.
- Conocer de forma práctica técnicas de relajación y respiración.
- Conocer y manejar técnicas pictóricas básicas.

Funciones del psicólogo 1.

- Establecer el encuadre para el desarrollo del taller.
- Indicar los objetivos del taller y de cada dinámica.
- Mencionar la función del equipo de psicólogos y la función de las integrantes del taller al iniciar el taller y en cada sesión.
- Conducción de las dinámicas grupales y de la tercera fase (espacio grupal)

Funciones del Psicólogo 2

- Exponer los temas de adolescencia, depresión, e intento suicida, de forma clara, sucinta y propositiva para las adolescentes participantes del taller,
- Registrar por escrito los acontecimientos más relevantes que den cuenta de la dinámica del grupo, en la primera fase y en la tercera fase.
- Registrar la evolución individual de cada una de las integrantes del grupo de forma que puedan anticiparse situaciones de riesgo, y contar con elementos que ayuden a adecuar los ejercicios propuestos en función de las características de las usuarias del taller.

### Escenario

Podrá realizarse en una institución pública hospitalaria destinada a adolescentes. en una institución privada especializada en adolescentes o en clínicas particulares o publicas que manejen programas destinados a adolescentes.

### Espacio físico.

- La dimensión pertinente estará en función de la cantidad de participantes. Lo recomendable es un salón amplio de o diez metros cuadrados aproximadamente.
- Con iluminación natural, con privacidad, entorno libre de ruido excesivo.
- Tendrá que contar con una mesa de trabajo grande, para ocho personas.
- Materiales para taller de pintura: ocho sillas, ocho tapetes propios para yoga, material para cartel, hojas diversas de formato grande pinturas acrílicas de distintos colores en litro, acuarelas, pinturas digitales lápices de colores, revistas, periódicos diversos, lápices, cañón proyector, laptop, reproductor de música y música de relajación rota folio o pizarrón marcadores de colores o gises de colores, esponjas, brochas, lienzos limpiadores.
- Salón pequeño, con la cantidad de sillas necesaria, libre de ruido e interrupciones.
- La tercera fase de cada sesión podría realizarse en un salón distinto, tal vez más pequeño, para lograr una diferenciación entre la actividad de reflexionar y la de realizar las dinámicas.

Los psicólogos 1 y 2 enfocarán su trabajo en:

Facilitar la integración y cohesión grupal.

El equipo psicológico mantendrá en el taller una escucha atenta y sensible a la manifestación de las participantes: deseos, defensas, proyecciones, identificaciones, catarsis, movimientos en perspectiva, avances. etc.

Observar mecanismos proyectivos de las participantes, Mecanismos de defensa empleados por cada una.

Garantizar un clima de confianza, tranquilidad, seguridad y discreción.

Facilitar la expresión creativa de las integrantes del taller.

Impedir juicios o censura en torno al proceso creativo de cada una.

Identificar como son los procesos de identidad de cada una de las integrantes del grupo.

Como se manifiestan los rasgos patológicos en cada integrante del grupo (contradicciones, disociaciones, estereotipos).

Carta descriptiva				
Primera sesión				
Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida a los psicólogos	Presentación Power point	Presentación de los psicólogos 1 y 2 Breve motivación elogiando su disposición para participar	Laptop y cañón	10'
Conocer los objetivos del taller	Presentación Power point	Presentación de los objetivos del taller. Se expondrán los objetivos y se responderán dudas	Laptop y cañón	10'
Conocer el trabajo que realizara cada participante y cada psicólogo	Presentación Power point.	Presentación del procedimiento de Se expondrán las cuatro fases que se realizarán en cada sesión de trabajo.	Laptop y cañón	10'
Integrar al grupo	Presentación de las integrantes del taller, con la dinámica de los globos.	El psicólogo 1 proporcionará a cada participante un globo de color diferente. El psicólogo dirá que inflen su globo y que le pongan su nombre, que lo hagan poniéndolo como se sientan más a gusto. Cada participante anotará su nombre en el globo. Lo harán volar todas al mismo tiempo con objeto de intercambiarlos. Cuando el psicólogo 1 lo indique se detendrán y buscarán a la dueña del globo con el que se quedaron. El procedimiento se repetirá hasta que puedan identificarse por su nombre. Los harán volar lanzándolos sin dejarlos caer y procurando tomar el de alguien más, Cuando el psicólogo 1 lo indique se detendrán y buscarán a la dueña del globo	Globos de colores y marcadores indelebles.	30'
Conocer las expectativas de cada integrante del grupo	Pensar lo que se espera del grupo y escribirlo en el globo que tiene su nombre.	Cada integrante del grupo escribirá en su globo lo que espera obtener de su participación en el grupo. Volarán de nuevo los globos y cuando el psicólogo 1 lo indique leerán el nombre de la participante y lo que espera del grupo hasta que se hayan leído todas las expectativas	Globos de colores y marcadores indelebles.	30'

Primera sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Conocer que es la creatividad. Conocer técnicas de expresión pictórica la	Presentación en Power point	Escucharán la plática del psicólogo 2 que: Describirá que es la creatividad y la expresión por medio del dibujo y la pintura. Mencionará como se emplean las acuarelas, las pinturas digitales, las pinturas acrílicas y las características del papel	Laptop y cañón	10'
Reducir la tensión inicial. Experimentar la libre expresión. Eliminar el control ejercido por la comunicación verbal.	Realizar un garabato, con el material que cada una decida en una hoja colectiva.(Podrían realizarse seis rondas)	El psicólogo 1 pedirá que expliquen lo que es un garabato y completará la idea. Les dirá que van a experimentar con su propia creatividad. Van a trabajar en una misma hoja de papel, por turnos. Cuando sea el turno de cada una tomarán el material que decida su mano y sin ponerle ninguna traba, ni darle ninguna dirección va a dejar que su mano decida que hará en la hoja. Cuando la arena del reloj acabe lo pasará a la compañera siguiente y ella hará lo mismo hasta que el reloj le indique, las demás observarán	Papel para cartel. Acuarelas, crayolas, pintura digital de diversos colores, pintura acrílica, marcadores, lápices de colores, pinceles, brochas, cepillos, esponjas. Mesa grande, o una pared. Reloj de arena de un minuto.	75'

Primera sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar en grupo. Expresar verbalmente los sentimientos, pensamientos y emociones que han experimentado con los ejercicios anteriores	El grupo junto con los psicólogos se sentarán en círculo	Libremente las integrantes del grupo expresarán sus pensamientos. Los psicólogos 1 y 2 intervendrán para facilitar la cohesión grupal. Observarán la forma en la que cada participante se integra al grupo así como la forma en la que proyecta en su participación creativa su personalidad. El psicólogo 1 enunciará el encuadre: "ahora contamos con cincuenta minutos para que ustedes digan todo lo que quieran sobre lo que han vivido aquí hoy, todo lo que se les ocurra, todo lo que piensan y sienten, sobre las experiencias que han tenido hoy, sobre el grupo, sobre ustedes. Tengo que aclararles que este es un espacio de ustedes, para ustedes y que todo lo que digan aquí no puede salir de este espacio".	Sillas necesarias	50 '



Primera sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
<p>Aprender una técnica de relajación, para eliminar estrés.</p> <p>Visualizar una manera de estar tranquila.</p>	<p>Poner atención a la forma en la que se respira de manera natural.</p> <p>Visualizarse en un momento agradable.</p> <p>Escuchar la música y disfrutarla</p>	<p>Cada integrante del grupo se colocará en posición horizontal sobre un tapete en el piso, cerrará los ojos y seguirá las indicaciones.</p> <p>El psicólogo 2 Dirá: Ahora van a aprender una técnica de relajamiento: van a colocar el brazo derecho debajo de su espalda con la palma de la mano hacia arriba y el brazo izquierdo lo pondrán sobre el abdomen.</p> <p>Ahora van a respirar de forma natural mientras escuchas la música intentarán seguir el ritmo de su respiración desde el abdomen.</p> <p>En tanto respiran de esta forma se podrán dar indicaciones para visualizarse tranquilas, empleando imágenes verbales que hayan surgido en los espacios anteriores.</p>	<p>Tapetes y ropa cómoda, música suave propia para relajación</p>	<p>20'</p>

Segunda sesión				
Primera Fase				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Identificar su propia identidad. Discriminar las características de la adolescencia normal	En tres siluetas expresarán con la técnica que preferirán la respuesta a tres preguntas:	<p>Se harán parejas.</p> <p>Dibujarán la silueta de una y otra tres veces para cada una.</p> <p>De tamaño natural.</p> <p>En papeles distintos.</p> <p>En la posición que cada una decida.</p> <p>Le pondrán como título: ¿Quién soy? en un papel, ¿Cómo soy?, al segundo. ¿Qué pienso de mi vida hasta hoy?, al tercero.</p> <p>Al terminar cada una de forma individual plasmará la respuesta a las preguntas, como lo quiera hacer.</p> <p>El psicólogo 1 dará las indicaciones: Ahora van a delinear con la ayuda de su compañera su propia figura en cada uno de los papeles en la posición o de la forma en la que ustedes sientan que expresa mejor la respuesta a las preguntas ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Qué pienso de mi vida hasta hoy? Intentarán responder a esas preguntas con los materiales que ustedes quieran usar intentarán expresar lo que ustedes son, como creen que son y lo que piensan de su vida como sientan que queda más claro para ustedes mismas.</p> <p>Tienen una hora con treinta minutos.</p>	Papel para cartel y materiales para dibujo como acuarelas, pinturas digitales, pinturas acrílicas, crayolas, gises, pinceles etc. Espacio para trabajar en el suelo, o pared suficiente para cada integrante del grupo.	130'

Segunda sesión				
Segunda Fase				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Reconocer las características de la identidad en la adolescencia	Mostrará y explicará cada una lo que hizo	Cada integrante del grupo mostrará sus tres siluetas y explicará su contenido. El psicólogo 2 explicará las características de la adolescencia, explicará lo que es la identidad y retomando lo que las integrantes del grupo han dicho podrá hacer recomendaciones para vivir mejor el período adolescente.	Ningún material	40'

Segunda sesión				
Tercera fase				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Reflexionar sobre su experiencia como adolescentes	Se sentaran en círculo las integrantes del grupo junto con los psicólogos.	Libremente las integrantes del grupo expresarán sus pensamientos. Los psicólogos 1 y 2 intervendrán para facilitar la participación. Observarán la forma en la que cada una de las integrantes del grupo proyecta en su personalidad en su participación creativa. En el círculo cada integrante del grupo expresará los pensamientos, emociones, y sentimientos que experimento con las actividades realizadas	Sillas.	50'

Segunda sesión				
Cuarta fase				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Aprender una técnica de respiración. Experimentar bienestar por medio de la respiración	Experimentarán otra técnica de respiración. Pueden cerrar los ojos. Un psicólogo modelará y otro dará las instrucciones verbales.	Se sentarán en una silla mirando al frente, escucharán las indicaciones del psicólogo 2 y realizarán las acciones que les indique. Colocarán el pulgar de la mano derecha, mientras que doblan el dedo índice y el mayor o corazón hacia abajo, sobre la palma de su mano, el dedo pulgar quedará extendido. Acercarán el dedo pulgar a la fosa nasal derecha y levemente la apretarán, mientras que inspiran con la fosa nasal izquierda en ocho tiempos. Pasados los ocho tiempos pondrán el dedo índice en la fosa nasal izquierda y expirarán en cuatro tiempos. Si no se pudiera en ocho y cuatro tiempos lo podrían hacer en seis y tres. Al aprender esta técnica pueden cerrar los ojos. El psicólogo 1 modelará.	Sillas, aparato reproductor de música y música relajante.	10'

Tercera sesión				
Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Identificar la depresión como un trastorno superable		En un cartel intentará expresar su experiencia con la depresión. El psicólogo 1 dará las siguientes indicaciones. Ahora van a realizar un cartel en el que intentarán expresar su experiencia con la depresión para ello intentarán responder las preguntas siguientes ¿Cómo es? ¿Tiene color? ¿Tiene forma? ¿Tiene textura? ¿Es invencible? ¿La puedo superar? ¿Ya la he superado	Papel para cartel y materiales para de pintura acquarelas, pinturas digitales, pinturas acrílicas, crayolas, gises, pinceles etc. Espacio para trabajar en el suelo o en una pared, donde no estén muy cercanas unas con otras.	120'

Tercera sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Identificar formas de afrontamiento	Responderán a las preguntas : ¿Qué es la depresión? ¿Quiénes se deprimen? ¿Qué causa la depresión? ¿Qué puede hacerse para salir de la depresión? Presentar las respuestas	Se formarán dos equipos. Hablarán sobre su propia experiencia. Responderán las preguntas. El psicólogo 1 Ahora van a forma dos equipos. Hablarán sobre su experiencia personal con la depresión. Responderán las siguientes preguntas: ¿Qué es la depresión? ¿Quiénes se deprimen? ¿Qué causa la depresión? ¿Qué puede hacerse para salir de la depresión? Cada equipo leerá sus respuestas para el otro equipo. El psicólogo 2 expondrá las características de la depresión en la adolescencia. Pondrá en relevancia el pensamiento de una persona deprimida y la forma en la que los pensamientos pueden transformarse	Papel para rota folios y soporte. Marcadores de colores.	60'

Tercera sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar sobre la forma en la que cada una ha experimentado la depresión. Discriminar sobre la diferencia entre antes del tratamiento y después.	Expresar verbalmente los sentimientos, emociones que experimentaron al realizar los ejercicios anteriores.	Se sentaran en círculo todas las integrantes del grupo junto con los psicólogos. Libremente las integrantes del grupo expresarán sus pensamientos. Los psicólogos 1 y 2 intervendrán para facilitar la participación. Observarán la forma en la que cada una de las integrantes refiere su experiencia depresiva.	Sillas, espacio tranquilo, libre de ruidos.	50'

Tercera sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
<p>Aprender como relajar el rostro, como vehículo para disminuir tensión.</p> <p>Aprender a visualizar sensaciones agradables.</p>	<p>Relajamiento de los músculos del rostro</p>	<p>En posición horizontal en el tapete sobre el suelo seguirán las indicaciones del psicólogo 2:</p> <p>Aprenderán a relajar su rostro. Van a recostarse en el tapete y van a cerrar los ojos. Van a respirar profundamente.</p> <p>Una vez dos veces tres veces cuatro veces cinco veces seis veces siete veces.</p> <p>Ahora vas a imaginar que estás en un paraíso tropical y el sol baña tu cara suavemente al atardecer, siente tu frente siente un suave calor que la baña y la relaja siente tus ojos que están tranquilos, siente tus parpados relajados, siente tus pómulos y tu boca que se aflojan y sientes como se va toda la tensión siente que tu cuello está en armonía con tu rostro que está totalmente relajado, respira profundamente y ahora abre los ojos</p>	<p>Tapetes y música de relajación</p>	<p>15'</p>

Cuarta sesión				
Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Expresar los sentimientos, sensaciones, pensamientos al momento del intento suicida, sin mediación de la comunicación verbal	Realizar un cartel personal en donde responderán a las preguntas:	De forma individual, en un papel para cartel intentarán plasmar la respuesta a las preguntas que les mencionará el psicólogo. El psicólogo 1 les pedirá que intenten responder a las preguntas: ¿Por qué intente suicidarme? ¿Qué pensaba en ese momento? ¿Qué sentía? ¿Cómo veía a los demás? ¿Qué pasó después? ¿Qué piensas ahora de aquella vez? Lo harán de la forma en que se les ocurra primero con formas dibujos colores como ellas crean que expresan ahora lo que sentían entonces, que no limiten a su mano y permitan que ella les conduzca hasta sus sentimientos y a sus recuerdos.	Papel para cartel y materiales para de pintura acuarelas, pinturas digitales, pinturas acrílicas, crayolas, gises, pinceles etc. Espacio para trabajar en el suelo, o en una pared, donde puedan estar sin la observación continua de las otras integrantes del grupo.	120'

Cuarta sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Mostrar el trabajo realizado de forma individual. Identificar formas de pensamiento para lograr elevar la autoestima y eliminar los pensamientos negativos	Explicar el trabajo que realizaron, poniéndole palabras. Realizarán ejercicios de visualizar su futuro de forma verbal	Mostrarán a las otras integrantes del grupo el cartel que realizaron y explicarán el porqué de su creación. Cada una pensará en como mira su futuro. Empleando los recursos aportados por el psicólogo. El psicólogo 2 retomará lo que cada integrante del grupo ha dicho para explicar desde un punto de vista científico la relación entre intento suicida y depresión. Les mostrará técnica de visualización para lograr un pensamiento positivo: como me miro en el futuro.		60'

Cuarta sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar sobre los ejercicios propuestos en las fases anteriores	Las integrantes del grupo hablarán sobre los sentimientos, emociones, pensamientos que les han provocado los ejercicios anteriores	Las integrantes del grupo y los psicólogos 1 y 2 se sentarán en círculo y ellas se expresarán verbalmente. Los psicólogos intervendrán cuando lo consideren pertinente. Los psicólogos 1 y 2 escucharán con atención para realizar intervenciones pertinentes que permitan a las participantes entender lo que significa pasar por un episodio de depresión valorar las características positivas de su personalidad enfatizara en la posibilidad de superar la depresión.	sillas	50'

Cuarta sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Practicar una técnica de respiración relajante. (espiración)	Tendidas de espaldas en el tapete. Cerrarán los ojos y pensarán en la naturaleza: el mar, los bosques, los lagos...	Colocarse en el suelo los brazos y las piernas separadas, que la cabeza este alineada con la columna vertebral. El psicólogo 2 dará las indicaciones siguientes: Espirar a fondo varias veces, trata de quedarte sin aire en los pulmones. Expulsarlo todo haciendo un gesto de contracción del abdomen... Ver que el aire quiere entrar al los pulmones por sí solo. Intentar que la espiración sea lenta, larga y profunda. También silenciosa. Intenta Tras estos intentos, tenderá a inspirar más profundamente. El abdomen empieza a jugar un papel más activo. Hacer un último intento cuando espire emitir el sonido ON. No es un capricho. Ayudará a que la espiración sea continua y lenta. También muy relajante dado que le hará vibrar la caja torácica y la zona abdominal. Primero la vocal OOOOOO..... al final de la respiración: MMMM.	Música suave de relajación como fondo, aparato reproductor de música. Voz suave y pausada, tranquilizante con la grabación de las indicaciones para la relajación	10'



Quinta sesión				
Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
<p>Visualizar de una manera distinta, sus deseos. Expresar sus necesidades a través de un medio no verbal.</p> <p>Verbalizar sus necesidades, deseos y proyectos frente a otras personas</p>	<p>A cada integrante del grupo se le proporcionará una hoja con un rectángulo en el extremo derecho. Hablar del contenido su caja,</p>	<p>Cada integrante del grupo de forma individual dibujará de acuerdo con las instrucciones dadas por el psicólogo. Tienen enfrente una hoja con una caja. El psicólogo 1 dirá: Les voy a pedir que imaginen que contiene su caja. Luego van a dibujar todo lo que hay en ella. La caja podrá tener la forma que deseen. Y podrá contener lo que ustedes quieran. Cuando todas hayan terminado les pedirá que dibujen lo que se les ocurrió pero que por alguna razón no quisieron dibujar Cada integrante del grupo explicará frente a las demás sobre la forma que le dio a su caja. el contenido de ella, Y de lo que se le ocurrió pero no dibujo sino hasta el final.</p>	<p>Papel para cartel en las que previamente se haya dibujado un rectángulo en el extremo derecho. Materiales para pintura acquarelas, digitales, acrílicas, crayolas, gises, pinceles, brochas, esponjas etc. Espacio para trabajar en el suelo o en la pared. El psicólogo hablará de los deseos , de los pensamientos positivos y de cómo expresar a los demás las necesidades personales</p>	120'

Quinta sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
<p>Valorar aspectos de la autoestima</p>	<p>Contestar las preguntas. Formar equipos e intercambiar sus respuestas</p>	<p>Cada integrante del grupo escribirá en una la respuesta a las preguntas:            ¿Qué me gusta de mi apariencia física?            ¿Qué es lo que me disgusta de mi apariencia física?            ¿Qué me gusta de cómo soy, como persona?            ¿Qué es lo que no me gusta como persona?            ¿Qué me han dicho que les gusta de mi forma de ser?            ¿Qué me han dicho que no les gusta de mi forma de ser?            En equipo hablarán sobre su respuesta. El psicólogo 2 les entregará la hoja con las preguntas y les pedirá que las contesten de forma individual, para después formar equipos e intercambiar ideas con respecto a sus respuestas.            Con lo aportado, por las integrantes del grupo el psicólogo 2 podrá hablar de lo que significa la autoestima y como se puede transformar en positiva.</p>	<p>Hojas con las preguntas escritas. lápices</p>	60

Quinta sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar sobre los ejercicios propuestos en las fases anteriores	Las integrantes del grupo hablarán sobre los sentimientos, emociones, pensamientos que les han provocado los ejercicios anteriores	Las integrantes del grupo y los psicólogos 1 y 2 se sentarán en círculo y ellas se expresarán verbalmente. Los psicólogos intervendrán cuando lo consideren pertinente. Los psicólogos 1 y 2 escucharán con atención para realizar intervenciones pertinentes que permitan a las participantes entender lo que significa las características positivas de su personalidad enfatizara en modificar su autoestima	sillas	50'

Quinta sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Aprender la técnica de respiración relajante (inspiración)	Practicar la respiración abdominal	Se pondrán cómodas tendidas de espaldas en el suelo, sobre un tapete, Intentarán estar tranquilas. Cerrarán los ojos. Pensarán en la naturaleza: el mar, los bosques, los lagos. Seguirán las indicaciones grabadas. Se iniciará con la práctica de la espiración. Inspiración. Notarán que la inspiración viene por sí sola. Entre aire en los pulmones, el diafragma baja, el abdomen se hincha (ojo es el diafragma el que trabaja...que el abdomen se hinche es una consecuencia del aire que entra en los pulmones no la causa). Beneficios de la respiración diafragmática: Conviene practicar hasta que nuestro cuerpo se acostumbre dados los beneficios que lleva consigo. Es ante todo un magnífico relajante del cuerpo y la mente. Al parecer acelera la circulación venosa, produce un masaje continuo a los órganos abdominales y contribuye a dotar a la respiración de amplitud, relajación y ritmo.	Tapetes para cada integrante del grupo música relajante de fondo para las instrucciones que serán dadas con una voz cálida y tranquilizante. Aparato reproductor necesario	10'

Sexta sesión				
Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Discriminar las cualidades positivas personales. Reconocer habilidades positivas propias y de las otras participantes	<p>Escribirán en hojas blancas y dibujarán en papel para cartel.</p> <p>Las integrantes del grupo trabajarán de forma individual.</p> <p>Compartirán lo que escribieron y lo que dibujaron.</p>	<p>Cada una tendrá papel y lápiz.</p> <p>El psicólogo<sup>1</sup> les pedirá que cierren los ojos y visualicen la casa donde han vivido, que la recorran que piensen en los muebles, los objetos, el color de las paredes, los olores, los sonidos y que ubique los lugares donde les han pasado cosas importantes. Se les pedirá entonces que escriban lo que recordaron, y que lo expresen con colores con dibujos en un cartel.</p> <p>El psicólogo 1 les pide a las integrantes del grupo que cada una se ubique en el lugar que más le agrada del salón siempre y cuando este cada una separada de las otras.</p>	Papel para cartel y materiales para de pintura acquarelas, pinturas digitales, pinturas acrílicas, crayolas, gises, pinceles etc. hojas blancas y lápices Espacio para trabajar en el suelo	100'

Sexta sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Discriminar las características de la familia como punto de apoyo en los momentos de crisis.	Compartirán lo que escribieron y lo que dibujaron externarán en que se parecen las familias de cada una con la de las otras participantes.	<p>Describirán a su mamá y a su papá.</p> <p>Como es su familia. Como son las fiestas o las o las celebraciones. Como se hacen las comidas en la familia, quien sirve. Como se tratan cada uno. Como juegan entre los hermanos.</p> <p>El psicólogo 2 les hablará de las características de la familia como apoyo y de que puede hacer una adolescente que carece de este apoyo.</p> <p>Podrá hablar de una forma adecuada de resolver conflictos entre los miembros de la familia.</p> <p>Tomará para su presentación lo aportado por el discurso de las integrantes del grupo</p>	Papel para cartel y materiales para de pintura acquarelas, pinturas digitales, pinturas acrílicas, crayolas, gises, pinceles etc. hojas blancas y lápices Espacio para trabajar en el suelo	60'

Sexta sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar sobre los ejercicios propuestos en las fases anteriores	Las integrantes del grupo hablarán sobre los sentimientos, emociones, pensamientos que les han provocado los ejercicios anteriores	Las integrantes del grupo y los psicólogos 1 y 2 se sentarán en círculo y ellas se expresarán verbalmente. Los psicólogos intervendrán cuando lo consideren pertinente. Los psicólogos escucharán con atención para realizar intervenciones pertinentes que permitan a las participantes entender lo que significa las resolver conflictos familiares para el crecimiento sano de sus integrantes	sillas	50'

Sexta sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Practicar una técnica de relajación.	Tendidas de espaldas en el tapete. Cerrarán los ojos	<p>Los psicólogos 1 y 2 facilitarán el proceso de relajación</p> <p>Deja que todas las partes de tu cuerpo que están en contacto con el suelo, que se hundan en él.</p> <p>Piensa en la pierna derecha levantándola un poco alárgala desde la cadera, tensa todos sus músculos. Olvida la pierna derecha.</p> <p>Atiende a la pierna izquierda levántala un poco y contrae todos sus músculos. Olvida la pierna izquierda.</p> <p>Piensa en toda la región pélvica, con sus músculos, contrae los músculos y suéltalos. Tensa los glúteos, levántalos un poquito y relaja</p> <p>Inspira lentamente en el abdomen. Toda la capacidad del abdomen, hínchalo hasta que quede tenso, toda su capacidad, Abre la boca y suelta el aire Cierra los ojos y</p> <p>Inspira en el pecho hasta debajo de las clavículas, toda la capacidad de tus pulmones abre la boca y suelta toda el aire. Nota tu brazo derecho, levántalo y ténsalo hasta que tus uñas en el puño se sientan en la palma de la mano suelta. Nota tu brazo izquierdo, levántalo y ténsalo hasta que tus uñas en el puño se sientan en la palma de la mano suelta Aprieta los hombros bájalos hasta los pies, súbelos hasta tu cuello. Has círculos con tu boca, infla las mejillas y chúpelas arruga la frente tu cara está relajada, como la de un bebé.</p> <p>Inspira profundamente y lleva la relajación a tus pies piensa en tus pies y relaja la planta de los pies los talones suelta tus pies por completo.</p> <p>Inspira y expira profundamente aflojando las pantorrillas relaja los muslos toma una profunda inspiración y relaja todos los órganos de la región abdominal estómago, inspira expira relaja tu corazón, inspira y expira y relaja tus pulmones. Inspira y lleva la expiración a todas las vertebrae de tu columna vertebral todo tu cuerpo se une relaja tus brazo la parte superior de tu espalda suelta la cara que llevas en los hombros suelta la carga que llevas en los hombros siéntete libre de culpa inspira y expira y relaja los brazos manos y dedos inspira y relaja los genitales el cuello, relaja la garganta siente a través de un espejo, la lengua está relajada en la boca, las mejillas están relajadas, los ojos van hacia tu mundo interior tus cinco sentidos van hacia adentro relaja las cejas , el cuero cabelludo todo tu cuerpo se siente bien pesado y con bienestar . Conecta con tu respiración apenas se nota es un movimiento interno que te llena o como una ola que te llena y te vacía inspirando eres consciente de tu</p>	Música suave de relajación como fondo, aparato reproductor de música. Grabación con las indicaciones. Voz suave y pausada, tranquilizante	30 minutos

		<p>respiración expirando eres consciente de tu respiración Música relajante, observa tus pensamientos, todo tipo de pensamientos van y vienen los observas no estás con ellos una parte tuya se da cuenta de la naturaleza de la mente, te vienen menos pensamientos y quedas con la parte tuya que está serena y tranquila disfruta.</p> <p>Pon tu conciencia en tu cuerpo y poco a poco mueve tu cuerpo , tus manos, tus pies etc. percibe los sonidos externos</p>		
--	--	---	--	--

Séptima sesión

Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Discriminar las cualidades positivas de su personalidad	Representarán un escudo de armas persona	<p>El psicólogo 1 les dirá que van a realizar su escudo de armas personal. Tendrán que representar: sus mejores momentos en la vida.</p> <p>Sus mejores características y Sus mejores habilidades.</p> <p>El psicólogo 1 explicará lo que significa un escudo de armas como y quien lo ha usado en la antigüedad, mostrará algunos ejemplos.</p> <p>El psicólogo 1 ayudará en el reconocimiento de cada uno de los logros resaltando la importancia para la vida de poseer tales cualidades</p>	Material para cartel. Crayolas, pinceles, acuarelas, pinturas acrílicas, revistas, pegamento, cintas de colores, materiales diversos como cuentas etc.	120'

Séptima sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Comprender a los demás de forma no verbal	Representar el miedo de forma gráfica.	<p>Agrupadas en parejas.</p> <p>Cada integrante de la pareja dibujará la tristeza.</p> <p>Cada integrante de la pareja explicará a su compañera que fue lo que hizo, porque lo así.</p> <p>Intentarán explicarle a la otra sus sentimientos.</p> <p>Dibujarán después, de acuerdo con lo que les haya explicado su compañera algo que represente lo opuesto a lo que represento la compañera.</p> <p>En grupo expresarán si pudieron entender a la compañera,</p> <p>Responderán a las preguntas:</p> <p>¿Pudiste entender a tu compañera?</p> <p>¿Cómo hiciste para expresarte gráficamente como ella lo hubiera hecho?</p> <p>El psicólogo 2 representará frente a las integrantes del grupo de manera gráfica, por medio de un dibujo el miedo.</p> <p>El otro psicólogo 1 interpretará el dibujo haciendo el dibujo que represente el sentimiento opuesto al miedo.</p> <p>El psicólogo 2 abundará en el tema de la autoestima y en cómo se puede empatizar con los demás.</p>	Material para cartel. Crayolas, pinceles, acuarelas, pinturas acrílicas, revistas, pegamento, cintas de colores, materiales diversos como cuentas etc.	120'



Séptima sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Reflexionar sobre los ejercicios propuestos en las fases anteriores	Las integrantes del grupo hablarán sobre los sentimientos, emociones, pensamientos que les han provocado los ejercicios anteriores	Las integrantes del grupo y los psicólogos 1 y 2 se sentarán en círculo y ellas se expresarán verbalmente. Los psicólogos intervendrán cuando lo consideren pertinente. Los psicólogos escucharán con atención para realizar intervenciones pertinentes que permitan a las participantes entender lo que significa valorar las características positivas de su personalidad. Enfatizar en el orgullo de poseer cualidades	sillas	50'

Séptima sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Practicar la técnica de respiración	Cada integrante del grupo se sentará mirando al frente	El psicólogo 2 les dará las indicaciones. Con el dedo pulgar de la mano derecha tapanán la fosa nasal derecha de su nariz y respiraran con la fosa nasal izquierda suavemente sin hacer ruido por un espacio continuo de tres minutos. Se repetirá tres veces.	Música suave de relajación como fondo, aparato. Sillas.	10'

Octava sesión				
Primera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Identificar las características positivas de la personalidad de un modelo.	Se exhibirá la película Título original: A Little Princess (EE.UU.) (1995) Género: Drama Familiar, Fantástico Director: Alfonso Cuarón. Duración: 97 minutos.	El psicólogo 1 dará algunos antecedentes de la película, como que está basada en una novela de un escritor francés, que han diferencias entre la novela y las dos versiones fílmicas de la película. Resumen: Sara es una niña precoz y encantadora. Cuando su viudo padre, el capitán Crewe, la saca del inseguro entorno de la India para enviarla a un rígido internado de Nueva York, ella tiene que echar mano de todo su entusiasmo e imaginación para poder resistir la severa tutela de su directora, la señora Minchin. Al poco tiempo se entera que su padre ha desaparecido en una batalla y se queda sola y sin dinero.  Observarán la película.	Sillas, cortinas en el salón, cañón, película, lápices o marcadores, hojas de rota folios. Hojas impresas con las preguntas guía	100'

Octava sesión				
Segunda fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Discriminar formas de afrontamiento	Se formarán dos equipos de discusión	<p>El psicólogo 1 indicará la manera en la que se formarán los equipos.</p> <p>Harán un análisis de las características del personaje central basado en las siguientes preguntas:</p> <p>¿Te gustó la película? ¿Quién es la princesita?</p> <p>¿Cómo la describirías? ¿Qué características de ella te llaman la atención?</p> <p>¿Cómo son los sentimientos de la princesita en los diferentes momentos de la película?</p> <p>¿Cómo se comporta con sus compañeras cuando es rica? ¿Cómo se comporta cuando es pobre? ¿Qué hace cuando está triste?</p> <p>¿Qué hace frente a la pérdida de su padre?</p> <p>¿Por qué sus compañeras la aprecian?</p> <p>¿Qué te gusta de ella? ¿Qué te disgusta de ella?</p> <p>¿Hay algo que podrías aprender de este personaje?</p> <p>Proporcionará las preguntas y les dirá que tendrán que hacer sus comentarios con respecto a la película .después presentarán sus conclusiones.</p> <p>El psicólogo 2 guiará la discusión resaltando la conducta de la protagonista frente a la adversidad y proponiendo formas de afrontamiento útiles para las participantes.</p> <p>El psicólogo 2 proporcionará la información necesaria para pedir ayuda (instituciones, ONG etc.)</p>		90'

Octava sesión				
Tercera fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Momento de reflexión Sintetizar lo aprendido. Evaluar los logros. Despedida.	Expresar verbalmente lo que consideran que fue útil para cada una del taller.	Las participantes sentadas en círculo junto con los psicólogos. El psicólogo 1 dará como consigna expresar todo lo que se les ocurra en relación a cada uno de los ejercicios, pensar en que se llevan de ellos que aprendieron y que se llevan de cada participante.	sillas	30'

Octava sesión				
Cuarta fase				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Exponer los trabajos realizados.	Exposición final	Se asignará un espacio en la pared o en mamparas del salón para que cada participante coloque sus trabajos personales, como decida hacerlo. Las integrantes del grupo decidirán si los trabajos permanecen un tiempo en el sitio donde los colocaron y si compartirían el trabajo con otras personas que pudieran ir a verlos	Mamparas , grapas para pared o, pegamento o cinta adhesiva	30'

## CONCLUSIONES.

La adolescencia se pudo observar conlleva un trabajo psíquico arduo, aparejado a intensas transformaciones físicas que redundan en el logro de una identidad adulta que puede ser sana o no. Cuando se ha vivido una infancia problemática, se agudiza o se resignifica el conflicto en la adolescencia. Si se aparea este conflicto con un evento reciente que afecte negativamente las relaciones interpersonales de la adolescente, este último evento puede ser precipitante de la intención suicida y aparecer como la *causa*.

La depresión es un trastorno afectivo que implica desvalorización, sentimientos de culpa, desesperanza. Es difícil diagnosticar la depresión clínica en las adolescentes por la semejanza que guarda con los episodios de tristeza y apatía normales. Factores que precipitan la aparición de un trastorno depresivo son: la falta de relaciones interpersonales significativas, la pérdida temprana de alguno de los padres por muerte, ausencia, o divorcio, violencia intrafamiliar, o pertenecer a un estrato social desfavorecido.

El suicidio no es una psicopatología, pero generalmente se encuentra vinculado a trastornos afectivos como la depresión o a emociones básicas como el odio.

El suicidio se considera en el ámbito psicológico un hecho relacionado con sentimientos de culpa, agresión, venganza, frustración. Para la psicología dinámica tiene su origen en la angustia es la forma hostil de dirigir la agresión hacia el yo.

El intento suicida es un acto por medio del cual una joven adolescente intenta hacerse daño de forma deliberada con el deseo de llegar a la muerte. El intento suicida es un proceso estrictamente individual que se rige por sus propios tiempos: tiempo individual para la recuperación física debido a las lesiones corporales, para la recuperación de la depresión, en función de la respuesta fisiológica frente a los medicamentos propuestos y tiempo para la recuperación emocional y la reeducación de los pensamientos e ideas. Es un comportamiento humano que requiere de un equipo interdisciplinario para ser comprendido, de tal forma que el resultado sea una prevención efectiva.

La investigación psicológica sobre el intento de suicidio es vasta, en cuanto a identificar causas, factores precipitantes, poblaciones específicas, etc. Las investigaciones generalmente no mencionan el beneficio que otorgaron a los sujetos participantes en ella de, manera directa e inmediata. En cuanto a la post-intervención hay menor cantidad de investigación publicada, sobre resultados y

seguimiento realizado. Por otra parte existe un desfase entre la investigación sobre el suicidio y la intervención efectiva que va en detrimento de esta última: la respuesta llega tarde.

¿Qué se hace cuando ya ocurrió el intento? ¿Quién lo hace? Cuando se trata de adolescentes los padres son los que generalmente solicitan ayuda dentro del ámbito médico. La población, en general, ignora a dónde acudir en un intento suicida. Los lugares donde se proporciona atención son escasos si consideramos que la población de este país actualmente rebasa los ciento doce millones de habitantes

Las jóvenes deben estar informadas del lugar que podría proporcionarles ayuda en caso de presentar una crisis afectiva con rasgos suicidas. En México está el hospital infantil psiquiátrico “Juan N. Navarro” y los teléfonos de emergencia: Saptel, Locatel y Victimatel, Cruz roja, para toda la población Seguro Social e ISSSTE, para derechohabientes. La mayoría de los sitios a los que se puede acudir son centros hospitalarios que no cuentan con una unidad específica para la atención del intento suicida.

En la República Mexicana existen asociaciones civiles destinadas al auxilio de una crisis suicida pero no son ampliamente conocidas. Está en el Distrito Federal la Asociación Mexicana de Suicidología o en Yucatán: “Salvemos una vida”. No en todos los estados hay instituciones, asociaciones o personas interesadas en brindar esta clase de apoyo, además aún hay que luchar con el estigma y con el rechazo social muchas veces encubiertos. Existen asociaciones internacionales, también que pueden proporcionar alguna clase de orientación vía internet como Moodgym que ofrece de forma gratuita autoayuda probada para superar la depresión con técnicas de afrontamiento, modelo que se originó en la Universidad de Australia.

Es necesario que las Facultades de Psicología de las diferentes universidades, públicas o privadas, consideren la posibilidad de darle un lugar a lo que desde hace cincuenta años se llama Suicidología, como parte del curriculum escolar de forma que se subsane la necesidad manifiesta de salud pública y se formen especialistas para la atención de población que se encuentra en riesgo de suicidio o de intento.

Es importante que la formación del psicólogo posea los contenidos curriculares específicos relativos al tema del suicidio pues en cualquier tipo de intervención psicoterapéutica la formación de los profesionales hace una diferencia significativa entre el éxito de una satisfactoria remisión de patología o de una recaída. En el caso de las adolescentes que han tenido una tentativa de suicidio una atención oportuna, eficaz, eficiente y otra deficiente hace la diferencia entre un paso hacia la vida o uno hacia la muerte.

Organizaciones de alumnos en forma de brigadas informativas, de detección de núcleos de población en riesgo, sensibilización de funcionarios y de medios de comunicación, grupos de sostén etc. son tareas que podrían ser producto de un trabajo en pro de la comunidad, que daría, por ejemplo a la facultad de psicología de la UNAM el orgullo de ser no sólo generadora de investigación sino transformadora directa de la comunidad, incidiendo en una solución, ahora, antes de llegar al millón y medio de suicidios que espera la OMS para 2020, a nivel mundial.

La sugerencia está encaminada a emplear recursos potenciales con los que cuenta la facultad y que son los alumnos. Ellos se encuentran anhelantes y con ánimo de insertarse positivamente en el ámbito profesional, para ellos sería una forma de asumirse como responsables de la salud mental de una población muy vulnerable. La OMS propone como respuesta para la depresión y el intento suicida la salud integral, que significa bienestar en todos los aspectos de la vida, es una gran aspiración por la que sería necesario optar para que la post- intervención no tuviera lugar.

Existe el trabajo continuo de la Doctora Lucio, por ejemplo, en la facultad de Psicología de la UNAM en torno a las medidas preventivas del suicidio. En el acervo bibliográfico se encuentra suficiente material relativo al tema que denota el interés que genera.

Se requiere de sensibilidad para entender el alcance que tiene un acto de la magnitud del suicidio así como para darse cuenta de la urgente necesidad de tomar como bandera la salud en todos los aspectos de la vida. El bienestar general de la población joven, las facilidades para estudiar, para practicar deportes, para insertarse en el trabajo son algunos ejemplos de los rubros que incidirían en su beneficio. Proporcionarles cursos o talleres para eliminar los déficits de su ámbito familiar como por ejemplo el manejo de las emociones al igual que se imparten otras materias como el español a nivel secundario redundaría en una población más sana.

El suicidio dicen algunos expertos es imposible de erradicar porque forma parte de la condición humana pero es posible trabajar en el mejoramiento de las relaciones familiares, en disminuir el estrés, en mejorar las emociones al interior de la familia. Prevenir es no llegar al extremo contrario de la salud, la enfermedad, es buscar caminos para el bienestar integral y si no hay más remedio habrá que intervenir para transformar.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

El taller para mujeres adolescentes que intentaron suicidio propondría que las participantes realizaran un aprendizaje activo, una reflexión sobre vivencias importantes para ellas, enmarcadas en el contexto de un grupo. Hay que recordar que la adolescente por sí misma busca la pertenecía a un grupo de pares como una manera de deslindarse de la familia en su búsqueda de identidad. En este sentido el trabajo y las actividades que se propondrían tendrían como beneficio, darle mayor seguridad y confianza a la joven participante aprovechando la tendencia natural al agrupamiento.

Por medio del grupo, tendrían relación con otras chicas que se encontrarían también en proceso de definir su identidad. Además de la depresión, el intento suicida, la transición por la adolescencia, el hecho de pertenecer al sexo femenino suscitaba en ellas procesos identificatorios y proyectivos que con una supervisión profesional psicológica, como acompañamiento, facilitaría el proceso hacia la definición más sana de su propia identidad.

Al aportarles los psicólogos una estructura cognoscitiva, por medio de información precisa sobre la depresión se les daría la oportunidad de afrontar con mayor asertividad el conflicto.

El taller propuesto sería un coadyuvante de los tratamientos individuales de las jóvenes. Con la depresión los sujetos focalizan su atención en los pensamientos negativos relativos a sus experiencias autobiográficas, al momento de acudir al taller estarían en condiciones de encontrar pensamientos menos negativos, de tomar sus memorias con mayor asertividad. El reflejo de ello estaría en el resultado de los ejercicios gráficos presentados por cada una de ellas, en lograr por ejemplo verbalizar un esbozo de proyecto de vida.

El taller propuesto podría ser parte de un manejo integral del intento suicida en la posvenación si se desarrollara en paralelo con el internamiento inicial, tal vez en la etapa final de éste, de forma que pudiera reforzarse la psico educación de las jóvenes internadas.

También el tratamiento multidisciplinario, del cual formaría parte el equipo de psicólogos tendría la posibilidad de discutir sobre la evolución de cada joven, lo cual resulta más positivo para las chicas. Para los psicólogos, redundaría en un aprendizaje muy enriquecedor. Hay que considerar también que los facilitadores, coordinadores o conductores de talleres, en términos generales están



involucrados también, como sujetos, en el aprendizaje que proporcionan a otros. En este taller los psicólogos encontrarían una veta de conocimiento invaluable.

Las adolescentes participantes del taller tendrían una mejor integración a sus entornos inmediatos como escuela, familia, etc. Aunque hubiera pasado un largo período desde el intento suicida, los ejercicios propuestos coadyuvarían al logro de una mayor salud mental.

La limitación fundamental es la de poder reunir un grupo con las características adecuadas para la realización del taller debido a que los casos tienen su propia evolución.

El taller se podría realizar tomando como referente una definición amplia del intento suicida en donde se considera que todo comportamiento o estilo de vida riesgoso es en sí un acto de suicidio. La intención suicida no es muy clara en el caso de la anorexia, el consumo de drogas o el alcoholismo en las jóvenes, sin embargo, es una forma indirecta de daño infringido a la propia persona. El taller propuesto podría ser útil para este tipo de población que llega a estar en contacto con un internamiento psiquiátrico debido a la posibilidad que brinda la expresión no verbal en ciertos conflictos.

Un beneficio que se podría esperar es la formación de redes sociales que pudieran alejar a las participantes de la soledad, factor este último de riesgo para la intención suicida. Con la información pertinente y a más largo plazo las jóvenes integrantes del taller incluso podrían formalizar un grupo de apoyo, una asociación civil avocada a la identificación de personas en riesgo para la canalización oportuna.

## Anexo 1

### Recomendaciones para la entrevista inicial

Una transformación terapéutica podría lograrse si las participantes del taller tuvieran la convicción de que su participación redundaría en un beneficio real para cada una de ellas.

Los psicólogos en la primera entrevista tendrían que apoyarse en los factores de curación que refiere Yalom (citado por Ramos, 2003). para que las jóvenes estuvieran convencidas del posible beneficio. Son los siguientes:

*Esperanza:* Tendrían que creer que el taller les brindaría la ayuda que necesitan. La esperanza es parte importante para obtener un resultado satisfactorio.

*Universalidad:* Estarían convencidas de que con su participación encontrarían que su sufrimiento es entendido por otras jóvenes que lo viven de forma semejante.

*Altruismo:* Pensarían en que se van a ayudar mutuamente, que escuchar las formas de resolver de las otras integrantes del grupo les brinda posibilidades para estar mejor en su vida.

*Corrección del grupo familiar:* Podrían ver de una forma diferente a su familia. Reviviendo para poder corregir. En el taller como en la psicoterapia se recubre con las primeras experiencias vividas en el grupo familiar a las otras integrantes y a los psicólogos, es entonces el taller una oportunidad de transformar ciertas formas o patrones familiares.

*Socializar* Tendrían que querer tener nuevas experiencias de interacción con otras personas.

*Imitación:* El modelamiento formaría parte importante de la participación en un taller. Tendrían que valorar la posibilidad de aprender basándose en lo que a otras personas les ha dado resultados satisfactorios.

*Interacción interpersonal:* La personalidad se conforma en relación con la interacción que se mantiene con los otros. Cuando la interacción es positiva, resulta una personalidad que es aprobada por el entorno.

*Cohesión:* Lograr el grupo es un factor necesario para que los objetivos del taller se logren. Tendrían que entender que ganarían amigas y la posibilidad de no sentirse solas; es el sentido de pertenencia que sirve de apoyo a la adolescente para saber que está logrando llegar a ser adulta.

*Catarsis*: El liberarse de lo que no se puede decir con facilidad, es un beneficio esperable. Decir lo que se ha vivido a más de una persona libera de la carga que implica el silencio.

El objetivo de la entrevista sería tener un pronóstico de los posibles beneficios que le otorgaría el taller a la adolescente que hubiese tenido un intento de suicidio reciente.

La entrevista inicial tendría que ser una entrevista semi-estructurada, se registraría en papel (laptop), de forma directa, en 50 minutos aproximadamente. Es recomendable prestar atención a las posibles fuentes de distorsión del propio entrevistador, manteniendo una adecuada habilidad técnica (respetar el tiempo de respuesta, prejuicios, anotaciones excesivas, etc.). En la entrevistada sería conveniente observar su motivación, formas de resistencia (silencio, agresividad, desviaciones del tema, expresión corporal etc.)

Sería importante conocer, en el expediente previo, los antecedentes mórbidos personales, familiares; la historia escolar, la relación con pares; hábitos, adicciones dinámica familiar, estrato socioeconómico. De no encontrarse estos rubros sería necesario incluirlos en la entrevista para la inclusión en el taller para adolescentes mujeres.

Considerando que ya se ha tenido oportunidad de consultar con anterioridad el expediente médico-psicológico de la joven, los antecedentes relativos a la historia médica en la infancia no se volverán a abordar.

Cédula de identificación: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, religión familiar responsable.

Es necesario propiciar un clima de calidez y confianza así como establecer un buen rapport, pues la adolescente es especialmente suspicaz.

Salud mental previa al intento suicida: Crecimiento, autoestima, historia escolar, depresión; amigos, aceptación, aislamiento; relaciones familiares y comunicación con la familia; comportamiento en torno a la sexualidad: noviazgo, relaciones sexuales, edad de las parejas, tipo de relación, violencia etc. expectativas en relación con su vida.

Intento suicida: como fue, el método empleado, qué lo desencadenó, estado de conciencia, sensaciones antes y después del intento, el rescate. Intentos anteriores

Familia: antecedentes suicidas en la familia, padecimientos psiquiátricos, depresión.

Observación de las características actuales de personalidad: conciencia de enfermedad, alteraciones perceptuales o en el pensamiento, cooperación, estado de sus emociones.

Impresión de la factibilidad para participar en el taller para adolescentes mujeres:

Disposición para comprometerse un día a la semana para asistir al taller, deseo de aprender a relacionarse de otra forma con amigos y familiares, facilidad para comunicar sus pensamientos e ideas, referirse al intento suicida como un hecho pasado, congruencia y coherencia en su pensamiento, gusto por dibujar, pintar etc.

Al cierre de la entrevista el psicólogo tendría que haber abordado los aspectos relativos a la convicción de que el taller para mujeres adolescentes le reportará beneficios a la joven.

## REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (1974). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aberastury, A. (2004). *Adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. México: Paídos.
- Acosta, M. (20 de enero-marzo de 2011). *Depresión en la infancia y adolescencia, enfermedad de nuestro tiempo*. *Archivo de Neurociencias*. Vol. 16. No. 1. 20-25. Recuperado el 5 de diciembre de 2011, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>.
- Aladro, P. (2005). *Taller de Intervención para la construcción de habilidades de una autoestima positiva*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM.
- Alberoni, F. (1999). *¿De qué y de quién se enamoran las adolescentes? El vuelo nupcial*. México : Paídos.
- Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo*. Valencia: Pre- textos.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paídos-Pomere Colección Padres e hijos.
- Berengueras, M. E. (2009). *Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos y Juan Pablos Editor.
- Bleichmar, h. (s.d. de No. 14. ISSN 1699-4825 de 2003). *Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico*. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. No. 14. Obtenido de <http://www.aperturas.org/autores.php?a=Bleichmar-Hugo>.
- Blos, P. (1992). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Buendía, J. (2004). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Calderón Narváez, G. (1999). *Depresión, libro para enfermos deprimidos y médicos*. México: Trillas.
- Cano, P. (2009). *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amozonía Peruana*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 26(2). 175-81 . Recuperado el 28 de octubre de 2011, de [www.ins.gob.pe/rpmesp](http://www.ins.gob.pe/rpmesp).

- Cantoral, G. (2002). *Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género*. Recuperado el 3 de enero de 2012, de [www.ecosur.mx/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf](http://www.ecosur.mx/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf).
- Cárdenas, P. G. (2004). *Estudio sobre el clima social y familiar en adolescentes con intento de suicidio. Tesis de licenciatura inédita*. México: UNAM.
- Casas, J. C. (s.f.). *Desarrollo adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Unidad de medicina del adolescente. Servicio de pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid*. Recuperado el 7 de octubre de 2011, de [http://www.sld.cu/aleras/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente%282%29.pdf](http://www.sld.cu/aleras/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente%282%29.pdf).
- Casullo, M. M. (2000). Niños y adolescentes en riesgo. En G. B. Remedios, *Psicopatología del niño y del adolescente* (págs. 319-336). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chávez, A. L. (2010). S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental, Vol.33.4.julio-agosto*. Recuperado el 2 de diciembre de 2011, de [www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3304/sm3304355.pdf](http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3304/sm3304355.pdf).
- Chemama, R. B. (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Clemente, M. A. (1996). *Suicidio, una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva Madrid.
- Cohen, A. (2010). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de Argentina.
- Conger, J. (1980). *Adolescencia, generación presionada*. Colombia: Tierra firme.
- Cortés, A. B. (2010). *Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Revista cubana de higiene y epidemiología.201048(1)14-22*. Recuperado el 28 de noviembre de 2011, de <http://scielo.sld.cu>.
- De la Garza, F. (2008). *Suicidio: medidas preventivas*. México: Trillas.
- Del Barrio, M. V. (2000). Trastornos depresivos. En G. B. Remedios, *Psicopatología del niño y del adolescente* (págs. 232-237). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Díaz, D. A. (2007). *La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. Vol.19.no.2.286-294*. Recuperado el 3 de diciembre de 2011, de [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com).
- Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.

- Doron, R. P. (2008). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Akal.
- Durkheim, E. (2007). *El suicidio*. México: Colofón.
- Eguiluz, L. (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* México: Editorial Pax México.
- Eguiluz, L. d. (1983). *Ideación suicida.Perspectivas Sistémicas.La nueva comunicación*. Recuperado el 9 de enero de 2012, de [www.redsistemica.com.ar/suicida.htm](http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm).
- Enciclopedia de la cultura española.Editora nacional. Madrid.Tomo V.p.264-265.* (s.f.). Recuperado el 4 de enero de 2012, de <http://www.filosofia.org/enc/ece/e50264.htm>.
- [es.wikipedia.org/wiki/Orfismo](http://es.wikipedia.org/wiki/Orfismo). (s.f.). Recuperado el 3 de enero de 2012
- Escobar, C. (2009). *Depresión en adolescentes ante la ausencia de la figura paterna. Tesis de licenciatura inédita*. México: Unam.
- Farberow, N. (1969). Introducción e historia clínica del señor A.S. En E. Shneidman, *¡Necesito Ayuda!* (págs. 159-174). México: La prensa médica mexicana.
- Fize, M. (1998). *¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Freud, S. ([1915-1917] 1972). *Obras Completas tomo VI*. Madrid: Biblioteca nueva.
- García Pelayo y Gross, R. (1976). *Pequeño Larousse Ilustrado*. México: Ediciones Larousse.
- Gesell, A. (1997). *El adolescente de diez a dieciseis años*. Madrid: Paídos.
- González Barrón, R. C. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- González Nuñez, J. d. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: El manual moderno.
- González Orea y Rodríguez, D. P. (2002). *El suicidio desde el psicoanálisis*. México: UNAM.
- Herbert, H. (1969). Suicidio:el punto de vista psicoanalítico. En E. Shneidman, *¡Necesito Ayuda!* (págs. 191-204). México: La prensa médica mexicana.

- [http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/marco-anneo-lucano\\_2html](http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/marco-anneo-lucano_2html). (s.f.). Recuperado el 3 de enero de 2012
- INEGI. (2010). *INEGI*. Recuperado el 4 de diciembre de 2011, de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
- Jiménez T., M. B.-F.. *Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies*. *Salud Mental*. septiembre-octubre. Vol.30, No 5.20- 26. ISSN 0185- 3325. Obtenido de [www.inprf-cd.org.mx/revista\\_sm/tablas.php?fasciculo=](http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/tablas.php?fasciculo=).
- Leyva, R. V. (2007). *Depresión en adolescentes y funcionamiento familia*. *Revista Médica del instituto Mexicano del Seguro Social*. 24 febrero. 45 (3) 225-232. Recuperado el 18 de noviembre de 2011
- Macías, A. (2010). *Vidas breves. Suicidio y accidentes de niños*. Querétaro: Fontamara.
- Maffei, J. (sf de sf de sf). *Adolescencia normal. Ensayo de la cátedra de psicología evolutiva. Facultad de medicina. Universidad del Salvador*. Recuperado el 11 de octubre de 2011, de <http://www.eljuegoinfantil.com/psicología/familia/hijos.html>.
- Martínez, A. (2006). *Una indagación sobre la melancolía. Real monasterio del Escorial*. 2006.1-17. Recuperado el 4 de noviembre de 2011, de [espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500415-Amartinez-1140&dsID=Documento.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500415-Amartinez-1140&dsID=Documento.pdf).
- Martínez, C. (2010). Aportes para la construcción del espacio suicidológico en Argentina. En L. Eguiluz, *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* (págs. 1-21). México: Pax México.
- Martínez, C. (s.f.). *La creatividad: recurso o insumo?...vital*. Obtenido de Suicidología. [www.suicidologia.org.ar/?textos-de-carlos-martinez,97](http://www.suicidologia.org.ar/?textos-de-carlos-martinez,97).
- Morales, A. (2009). *Depresión, conflicto dialéctico y figura materna. Tesis inédita de licenciatura. UNAM*.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. México: Cruz O. Ediciones.
- Muriana, E. P. (2007). *Las caras de la depresión*. Barcelona: Herder.
- Navarro, F. Z. (2007). Recuperado el 8 de noviembre de 2011, de <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2007/12/19/la-bilis-negra/>.
- Obiols, D. S. (2000). *Adolescencia. Posmodernidad y escuela secundaria*. México: Editorial Norma.



- OMS. (2000). <http://www2.ohch.org/spanish/law/crc.htm>. Recuperado el 11 de octubre de 2011,
- Pérez, S. (2006). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?.No.14, Vol.IV*. Recuperado el 3 de octubre de 2011, de <http://www.revistafuturos.info>.
- Petrzelová, J. M. (2007). *¿Por qué y cómo se llega a la desesperanza? Tres miradas sobre el suicidio*. México: Plaza y Valdés.
- Rahola J., B. F. (2000). Neurobiología y neuro endocrinología. En C. Leal, *Trastornos depresivos en la mujer* (págs. 1-9). Madrid: Masson.
- Ramos Cano, P. (2003). *Intervención grupal con adolescentes suicidas*. México: UNAM.
- Rice, P. F. (2000). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rojtenberg, S. (2001). Mujer y función reproductiva. En leal, *Depresiones y antidepresivos* (págs. 179-180). Madrid: Masson.
- Rousseau, J. (1976). *Emilio*. México: Nuestros Clásicos,46, UNAM.
- Ruíz, J. (1998). *Depresión y memoria autobiográfica congruente con el estado de ánimo..Universidad Nacional de Educación a Distancia(UNED). Madrid.Vol.11No.3,p.611-616.ISSN0214-9915*. Recuperado el 9 de febrero de 2012, de [www.Psicothema.com](http://www.Psicothema.com).
- Salinas, J. (1998). *La aplicación de técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión: un caso.Revista electrónica de Psicología Iztacala.Vol.1, No.1 Agosto*. Recuperado el 5 de dicimebre de 2011, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin/principal.html>.
- Sarró, B. D. (1991). *Los suicidios*. Madrid: Martínez Roca.
- Sepúlveda, R. (2008). *vivir las ideas idear la vida. Adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, ocho.Antípoda.Revista de antropología y arqueología.Enero-junio.No.006.Universidad de los Andes.Bogotá.245-269.ISSN(versión impresa):1900-*. Obtenido de [redalyc.uaemex.mx/pdf/814/81400613.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/814/81400613.pdf).
- Vargas, J. I. (1998). *Aplicación de la terapia racional emotiva y del entrenamiento asertivo a un caso de depresión.Vol.1 No.1 Revista electrónica de psicología Iztacala.I*. Recuperado el 3 de diciembre de 2011, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin/principal.html>.

Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

[www.portalesmedicos.com/diccionario-medico/index.php/Lipemania](http://www.portalesmedicos.com/diccionario-medico/index.php/Lipemania). (s.f).  
Recuperado el 14 de noviembre de 2011, de  
[www.portalesmedicos.com/diccionario-medico/index.php/Lipemania](http://www.portalesmedicos.com/diccionario-medico/index.php/Lipemania).

Xirau, R. (1968). *Introducción a la historia de la filosofía. Perspectivas del siglo XXI*. México: UNAM.

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Editorial Pax México.

Zendejas Domínguez, L. (2006). *El suicidio y su relación con los trastornos somatomorfos. Tesis de licenciatura inédita*. México: UNAM.