



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**EL CONTROL PSICOLÓGICO MATERNO COMO PREDICTOR  
DEL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES**

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGIA

**PRESENTA:**

MARÍA ELENA HERNÁNDEZ EGUIARTE

**TUTORES PRINCIPALES**

DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

DRA. DENÍ ESTÍNCER GÓMEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO, 2020



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.

***¡Elévate, alma mía!  
Tu sitio está en lo alto.  
Mientras mi tosca carne se hunde,  
para morir aquí.***

*André Green.*

## **Agradecimientos**

*Para mi madre María Elena Eguiarte Ruíz con todo el cariño del mundo, para la persona más valiosa de mi corazón. Con toda mi admiración y respeto. Por estar en todos los momentos de mi vida apoyándome cuando el espíritu parecía desfallecer, impulsándome y escuchándome cuando necesitaba apoyo.*

*Para mi hermana María del Carmen Hernández Eguiarte con la ilusión de que cada una en su vida cosechemos éxitos, al mismo tiempo agradezco su apoyo incondicional. Para esa personita madura, inteligente y sensible que tiene todo el talento y potencial para poner el mundo a sus pies.*

*A mis dos padres: Arnulfo Eguiarte Quintero y Ricardo Leal Bravo por haberme abrigado con el más sincero de los amores. Con especial cariño para los dos, a quienes les debo desde el trazo de mi letra, hasta mi educación en la vida. Con muchísimo orgullo de poder decir que la vida me agració, no con uno sino con dos padres. Para estos dos excepcionales hombres les doy las gracias hasta lo más alto de los cielos.*

*A Cinthya Mónica Hernández Palacios y a Kamilah Hernández Palacios desde lo más profundo de mi ser, con todo el cariño que las palabras y el lenguaje son incapaces de expresar. Como un testimonio de mi admiración y respeto.*

*A la Dra. Ana María Fabre y del Rivero con desbordante cariño y ferviente admiración para esa persona que me tomó la mano y me enseñó a dar los primeros pasos en el maravilloso y apasionante universo del psicoanálisis. De su eterna alumna.*

*A la Dra. Janett Esmeralda Torralba Sosa por haberme brindado su apoyo incondicional, le doy gracias por sus enseñanzas.*

*A la Dra. Dení Stíncer Gómez por ser una guía inigualable durante todo el proceso, enseñando siempre con el corazón.*

## Índice

### CAPÍTULO 1: ADOLESCENCIA

1.1 Adolescencia en psicoanálisis .....	10
1.2 Factores de riesgo en la adolescencia .....	13

### CAPÍTULO 2: SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

2.1 Concepciones de suicidio .....	15
2.2 Datos estadísticos del suicidio .....	19
2.3 Investigaciones cuantitativas .....	23
2.4 Prácticas parentales .....	28
2.4.1 Control psicológico .....	30

### CAPÍTULO 3: EL PAPEL DE LA MADRE EN LA VIDA DEL ADOLESCENTE

3.1 Relación madre e hijo en el primer año de vida del infante.....	31
3.2 Narcicismo .....	33
3.3 Tipos de madre .....	35
3.4 Pulsión de muerte .....	38
3.5 Culpa, envidia y ambivalencia .....	39
3.6 Duelo, melancolía y depresión .....	42
Método .....	45
Resultados .....	57
Discusión .....	62
Conclusiones .....	75
Referencias .....	77

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre el control psicológico materno y el riesgo de suicidio en los adolescentes. La metodología que se utilizó fue mixta con la finalidad de estudiar el tema a profundidad. El muestreo fue no probabilístico y la participación de forma voluntaria. La muestra estuvo conformada por 518 estudiantes pertenecientes a un CONALEP ubicado en el Estado de México, con una edad promedio de 16.01 años ( $DE=1.14$ ). El 68% de la muestra fueron hombres y el 32% mujeres. Se utilizó la Escala de Prácticas Parentales (PP-A) y el Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRIS). Asimismo, se complementó la información con el análisis cualitativo de tres casos trabajados en la práctica clínica. Se conjugaron ambos enfoques a lo largo de la investigación. Los resultados arrojaron una correlación positiva significativa entre el control psicológico materno y el riesgo suicida de los adolescentes, en el análisis de los casos desde la literatura psicoanalítica se pudo observar una constante en que el control psicológico de la madre impactaba en el riesgo de suicidio de sus hijos. Se concluyó que el papel de la madre en la vida del joven es trascendental en su vida, pero también en sus deseos mortíferos, deseos que desencadenan una serie de sintomatologías y de riesgos, en este caso en particular fue la latencia de que el adolescente atente contra sí mismo.

Palabras Clave: Control psicológico, riesgo de suicidio.

## Abstract

The objective of this study was to analyze the relation between maternal psychological control and the risk of suicide in adolescents. The methodology that was used was mixed in order to study the subject in depth. Sampling was non-probabilistic and participation voluntarily. The sample consisted of 518 students belonging to a CONALEP located in the State of Mexico, with an average age of 16.01 years ( $SD = 1.14$ ). 68% of the sample were men and 32% women. The Parental Practices Scale (PP-A) and the Suicide Risk Inventory for adolescents (IRIS) were used. Likewise, the information was complemented with the qualitative analysis of three cases worked in clinical practice. Both approaches were combined throughout the investigation. The results showed a significant positive

correlation between maternal psychological control and adolescent suicide risk, in the analysis of cases from the psychoanalytic literature, a constant was observed in which the mother's psychological control impacted on the suicide risk of their children. It was concluded that the role of the mother in the life of the young is transcendental in his life, but also in his deadly desires, desires that trigger a series of symptoms and risks, in this case in particular was the latency of the adolescent attentive against himself.

Keywords: Psychological control, suicide risk.

## Introducción

El estudio de la adolescencia a lo largo del tiempo ha sido motivo de gran interés, sus particularidades que la componen inundan de gran curiosidad a especialistas enfocados en la salud mental. El centrarse solo en una esfera de dicha etapa no permitiría vislumbrar todas las vertientes que se desencadenan cuando el sujeto transita por aquel pasaje maravilloso, pero a su vez lleno de tropiezos y momentos nubosos que complejizan el viaje. Dentro de estas complejidades se encuentran los riesgos por los que atraviesa el joven, algunos inevitables y otros en los cuales se encuentra de por medio su historia de vida, familia y fortalezas psíquicas (Ferveling, 1982). De igual manera que ha sido de gran atención las características de la adolescencia lo han sido los factores de riesgo a los cuales están expuestos los jóvenes; ya sea la dependencia a sustancias como el alcohol y las drogas que obstaculizan la construcción de su identidad (Erikson, 1977); la delincuencia, que al ser protagonista de actos delincuenciales se vuelve una amenaza para la sociedad, la cual lo rechaza y castiga sin piedad (Winnicott, 1946), el cutting, práctica que ha cobrado mayor fuerza en la actualidad, el adolescente recurre a cortarse para calmar su angustia, una salida ante sus problemas, en ocasiones los cortes tienen la firme intención de acabar con su vida en otras son superficiales pero no por eso dejan de ser importantes (Osorio, 2015), por último dentro de todo este cúmulo de peligros nos encontramos con el suicidio, las razones por las cuales los adolescentes arremeten contra sí mismos son variadas: depresión, trastornos de personalidad, falta de afecto, problemas familiares o culpa (Mattson, 1969).

La presente investigación se enfocó en el suicidio, ante la preocupación de los decesos autoinfligidos, los diversos enfoques lo han estudiado; la sociología lo visualiza como la muerte intencional o no, hipotetizando que en ocasiones es la sociedad la que suicida a la persona (Durkheim, 1897), agravándose el riesgo de suicidio cuando el sujeto está cruzando por una etapa crucial de la vida (Marchiori, 1998), como lo es la adolescencia; por otro lado, la psicología lo conceptualiza como un conjunto de elementos cognitivos y emocionales que llevan al individuo a acabar con su propia vida, el miedo y sufrimiento lo rodean y dejan sin

salida (Shneidman, 1976). El psicoanálisis lo visualiza como el momento en el que el sujeto pretende dejar de ser (Freud,1910), las fantasías de destrucción de los objetos internos se empoderan para atraparlo e incapacitarlo para seguir viviendo (Klein,1935).

De acuerdo con el INEGI (2011) el número de muertes por suicidio en los adolescentes está en aumento, las cifras indican que las mujeres son más propensas a los intentos, pero los hombres lo consuman, los problemas familiares, las decepciones amorosas, ocupan los primeros lugares dentro de las causas de los decesos autoprovocados.

En la investigación del suicidio la familia tiene un papel muy importante, la cual será un refugio para el joven o de lo contrario su gran enemiga. Sobre estas características en específico se ha profundizado en las prácticas parentales las cuales están divididas en positivas (comunicación, autonomía, control conductual) y negativas (imposición y control psicológico), siendo consideradas como mecanismos utilizados directamente por los padres hacia los objetivos de socialización del niño y del adolescente (Darling y Steinberg,1993). Los padres, encargados de brindar el cobijo que el pequeño necesita y establecer los límites que le permitirán insertarse en una sociedad cada vez más demandante, sí dichas figuras tan importantes para el infante no cumplen con su cometido éste se verá afectado de diversas maneras. Ya que el tema es amplio se enfatizará en el papel que tiene la madre en la vida del adolescente, aquel primer objeto de amor que proporcionará al bebé todo el amor que requiere (Spitz, 1972), el cual deberá de regularse y a su vez restringirse ya que caer en algún extremo traería consigo graves afectaciones. La madre o quien la sustituya podría ejercer un control psicológico el cual consiste en devaluarlo, criticarlo o implantarle a tal grado la culpa provocando que el joven no tenga las herramientas suficientes para defenderse ante tanto avasallamiento y tomando como única salida acabar con su propia vida (Barber, 1996).

Las siguientes líneas tendrán el objetivo de analizar desde el enfoque mixto y de la teoría psicoanalítica la relación entre el control psicológico materno y el riesgo de suicidio de los adolescentes. La información será presentada a partir de la conceptualización de la adolescencia, así como sus características encaminadas a las vicisitudes que la integran y cómo éstas se vinculan con el riesgo suicida en los jóvenes, analizando en particular el papel que juega la madre en su vida, tocando puntos relevantes como lo es el narcisismo, la culpa, la envidia, la ambivalencia y la depresión.

## **Marco Teórico.**

### **Capítulo 1: ADOLESCENCIA**

#### **1.1 Adolescencia en psicoanálisis**

El desarrollo del ser humano se constituye de diversos períodos que abarcan desde una parcial tranquilidad hasta cambios que traen consigo momentos de crisis. Dichos períodos se forman por requerimientos particulares, que demandan especificidades a la estructura psíquica. En especial la adolescencia, que es la que más vicisitudes tiene, debido a que está llena de cambios, dificultades, duelos, organización y reorganización defensiva contra las pulsiones sexuales, separación de las figuras primarias, una constante búsqueda de identidad propia y la transición de la dependencia infantil al camino de la independencia que se fortalece en la edad adulta (Villarreal, 1982).

A partir de la perspectiva familiar es de donde se desprenden dos vertientes sobre el estudio de la adolescencia; primeramente, el psicoanálisis tradicional, que estudia al sujeto en función de un equilibrio entre las instancias psíquicas, enfocándose en la salud de la psique. La segunda vertiente se basa en la mirada de los psicoanalistas que resaltan el efecto de la interacción del adolescente con su entorno, en la cual existe una influencia mutua (Villarreal, 1982).

Si el ambiente en el que se desenvuelve se vuelve hostil o perjudicial para éste, favorece que salgan a la luz sus impulsos agresivos. Un ejemplo de ello es cuando la autoridad en el seno familiar es endeble o en su defecto es excesivamente punitiva, es desplazado a su entorno y es representado a través de comportamientos violentos de los cuales el joven no es consciente y justifica por ideales que lo encubren (Villarreal, 1982).

Por otro lado, es importante mencionar, que las características de los adolescentes son individuales pero a su vez comparten generalidades del desarrollo psicológico y

comportamental imposibles de eludir, pero sí de tomar precauciones, como lo son: la necesidad de experimentar lo más que pueda; su curiosidad implacable; el querer ser diferente; no advertir el peligro; luchar por su libertad sin barreras; generar una culpa, de la cual no son conscientes, por el hecho de mostrarse en contra de los demás; pensamientos omnipotentes; exposición a situaciones que representen un riesgo, como ir a fiestas y llegar a altas horas de la noche y el consumo de sustancias tóxicas, lo que puede llevarlos a finales trágicos o colocarse en circunstancias que no pueden controlar, terminando muertos o detenidos por infringir la ley. En algunas ocasiones la terminación de una relación sentimental, se vuelve una situación de riesgo al ser posible que los orille al suicidio, si no son escuchados o guiados adecuadamente (Carvajal, 1993).

Siguiendo la misma línea de las características de dicho ciclo vital del ser humano se encuentra la cultura, la cual atravesará la manera en qué se viva la etapa de la juventud. Resultando diversos tipos de adolescencia, se retoman (Carvajal, 1993).

Adolescencia amputada: la cual se gesta en un contexto sumamente represivo, viéndose el adolescente privado de manifestar sus confrontaciones internas, propias de dicho fenómeno. El proceso es cohibido, resultando un joven grosero, que cae en conductas antisociales, o incluso en el suicidio, al buscar una fuga de sus manifestaciones internas confrontándose ante tal amputación. Un prototipo clásico es el del campesino, siendo su marco-sociocultural castigador que hace que éste abandone total e irreversiblemente una parte de su vida (Carvajal, 1993).

Adolescencia exuberante: Característico de la cultura occidental. Se destaca una actuación abierta de los conflictos intrapsíquicos, mostrándose en el exterior en comportamientos excesivos, donde las reglas las tienen introyectadas, vistas como la moral de la sociedad en la que se desenvuelven. Se describe por la predominancia de familias desintegradas, padres preocupados por sí mismos, un entorno deshumanizado y narcisista que tiene como consecuencia el sentimiento de abandono

y comportamientos narcisísticos y ambivalentes que son mostrados en su máxima expresión por los jóvenes (Carvajal, 1993).

De acuerdo con Dolto, (1990) la juventud está compuesta por diversos matices, desde alegrías grandiosas hasta tristezas intempestivas que en ocasiones son pasajeras, emociones depresivas, así como estados de exaltación. Dentro de este vaivén de cambios repentinos, duelos y crisis se encuentra, como ha sido mencionado, el papel de la familia, primordial para el desarrollo del púber; en particular el papel de los padres, los cuales brindan el apoyo que requiere, o, por el contrario, favorecen sintomatologías de diversos trastornos o proceder

Los padres de la sociedad actual no tienen el tiempo para ejercer la paternidad lo que puede propiciar que los adolescentes se debiliten, su existencia se complejiza hasta resultar intolerable, el miedo central impacta en la idea de vivir, como un estado de fragilidad e indefensión, velada por mecanismos que cumplen el rol de protectores, dichos mecanismos estarán sujetos también al apoyo obtenido de personas secundarias que favorecerán o trascenderán de forma negativa de acuerdo con las oportunidades que se le presenten. En otras palabras, al ser positivas las figuras primarias y secundarias, consentirán la adquisición de herramientas que fomentarán la confianza en sí mismos; por el contrario, si el ambiente es desfavorecedor incita a comportamientos agresivos, negativistas que podrían detonar en una depresión, que cada vez es más común entre los niños y adolescentes (Dolto, 1990).

Otro aspecto del adolescente importante de mencionar es el sentimental, debido a que las relaciones de esta índole son una de las escenas complicadas que se le presenta. La primera vivencia amorosa se muestra de forma ambivalente, puesto que, se desea, pero a la vez se le teme, acercando al joven a distintas muertes; ya sean metafóricas o llevadas a la realidad. Con respecto a lo simbólico, una relación amorosa es representante de la muerte de la infancia, ya que lo acerca y enfrenta cada vez más a la vida adulta, con todo lo que incrementa; responsabilidades, madurez, ser visto ante la ley de forma distinta, provocando angustia al ver el término de la vida

infantil, que, realmente puede llevar al joven a su propia muerte a través del suicidio, lo que acrecienta un riesgo. Lo que se encuentra oculto, detrás de bambalinas de este escenario, es la crisis edípica al renunciar al amor de la madre y su actual rivalidad con el padre, desplazando ese amor incestuoso por el que se puede llevar a la realidad, localizándose fuera de la familia, marcando un rompimiento inminente entre la vida imaginaria infantil y las situaciones reales, renunciando al primer objeto de amor, que es la madre (Dolto, 1990).

Es de aquí que parte la complejidad, dado que la constitución de la psique ocurre en función de la calidad que se tenga al encontrarse con el otro. Que es como estar en la cuerda floja, si el adolescente logra mantener el equilibrio ante dicho encuentro, tiene las posibilidades de salir bien librado, en cambio, si se sale de control y pierde la estabilidad parcial con la que cuenta por la etapa de desarrollo, el desenlace se puede tornar catastrófico, exponiéndose a diversos factores de riesgo ya sean originados desde el interior, el exterior o una conjugación de ambos (Bleichmar, 2002).

## **1.2. Factores de riesgo en la adolescencia**

La adolescencia al ser una etapa donde el joven es vulnerable ante tantos cambios se encuentra expuesto a factores de riesgo que aumentan o disminuyen según su historia de vida, ambiente familiar y/o fortalezas intrapsíquicas. Algunos de estos riesgos son (Ferveling, 1982):

Dependencias; en particular al alcohol y a las drogas, de lo cual se desencadena el alcoholismo o la drogadicción; siendo el primero utilizado como tranquilizante ante problemáticas emocionales. En ocasiones se convierten en bebedores conflictivos, presentando una incapacidad para abstenerse, el ámbito social podría inducir al adolescente el deseo de beber, que aumenta gradualmente hasta llegar a una ingesta en grandes proporciones, propiciando complicaciones no solo psíquicas, físicas y socioeconómicas, sino que también trae consigo el riesgo de vivir accidentes fatales (Ferveling, 1982).

La dependencia a las drogas es un fenómeno que dificulta, o en su defecto, impide la búsqueda de la identidad y la identificación con las normas y valores que rigen el contexto en el cual se desenvuelve (Erikson, 1977).

Otro factor de riesgo, que cada vez es más común en la sociedad actual, es la delincuencia juvenil, vinculándose con la carencia de vivencias hogareñas. Los delitos cometidos por los jóvenes originan profundos resentimientos por parte de los afectados, siendo los sentimientos inconscientes de venganza compartidos de forma colectiva, que colocan al joven en una situación de peligro, al ser catalogado como delincuente y castigado como tal o tratado como enfermo, hecho que lo frustra y le impide buscar recursos exitosos para tratar dicha problemática (Winnicott, 1946).

La práctica denominada cutting, hoy por hoy es catalogada como una conducta de riesgo en el adolescente, autolesiones hechas en la piel, en diversas partes del cuerpo, los cortes tienen múltiples profundidades, así como grosor. Se comprende que es un proceder compulsivo, premeditado al ser llevado a cabo, pero que el sujeto se ve imposibilitado para no repetirlo, el cual tiene su origen en la angustia. El cortarse en algunos adolescentes se realiza con la finalidad de calmar esa angustia, (Osorio, 2015).

El suicidio, severa fuente de peligro, siendo la tercera causa de muerte en los adolescentes; la conducta suicida implica una acción mortífera volcada hacia el sujeto mismo; existe una gama de motivaciones por las que los jóvenes se quitan la vida, entre las que se encuentran: la pérdida de un objeto de amor, agresión hacia el otro sobre sí mismo, culpa, angustia, las crisis familiares, falta de afecto o escucha por parte de los padres, depresión y trastornos de personalidad (Mattson, 1969).

Por lo tanto, la fragilidad de la adolescencia desenmascarará una serie de crisis inevitables, riesgos que causarán que la cuerda floja en la que se encuentra se torne más inestable, la familia y su entorno serán decisivos para su desarrollo, las herramientas con las que contará para enfrentar todas las contingencias que se le presenten dependerán de características individuales, pero a su vez sujetas a los primeros vínculos que establezca el joven.

## Capítulo 2: SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

### 2. 1. Concepciones de suicidio

El suicidio a lo largo del tiempo se ha conceptualizado teóricamente de diversas formas. Desde el enfoque sociológico, Durkheim (1897) lo definió como la muerte que es resultado de un acto intencional o no, ya sea tomado en cuenta como positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, estando consciente y que causaría su propia muerte. Para dicho autor, no es una decisión personal, sino que involucra a un conjunto de personas, un fenómeno social que está en función de características socioculturales que intervienen de forma directa en la conducta suicida; es decir, es la sociedad la que se suicida a través de los miembros que la componen. A partir de sus estudios propone cuatro tipos de suicidio: el primero de ellos es el suicidio egoísta, en el cual predomina el individualismo y la ausencia de importancia por los propósitos que comparten como colectivo, desapareciendo la integración social. Continúa con el suicidio anómico, vinculado con la carencia de normas y orden, causando un rompimiento entre la persona y el equilibrio social. Todo lo contrario del suicidio altruista, en el cual el aspecto individual está nulificado y es absorbido por la sociedad, el sujeto sacrifica su vida por el bienestar de la comunidad. Por último, el suicidio fatalista, siendo el control social excesivo el responsable de colocar al individuo en un camino sin salida, llevándolo a no tener otra solución, que su propia muerte.

Marchiori (1998), contempló que la posibilidad del acto suicida se agrava en una persona que está atravesando por una etapa crucial de su vida, por un contexto familiar frágil, incapacitado para contener o impedir el comportamiento autoagresivo en alguno de los integrantes de la familia.

A través de la misma mirada sociológica, Gibbs y Martin (1964), exponen que el suicidio se vincula de manera estrecha con aquellas fuerzas que permiten la cohesión de los individuos dentro de la sociedad en la que se desenvuelven. Éste a su vez permite vislumbrar sentimientos que se distinguen por ser ambivalentes que, además de ser gritos de ayuda o en su defecto agresión a los otros, son un motivo sustancial para su realización (Stengel, 1965).

Dado que la perspectiva sociológica está limitada para abordar el tema, su estudio es sustentado a partir de la psicología, conceptualizando la conducta suicida como un cúmulo de elementos cognitivos y emocionales que orillan al individuo a remediar el sufrimiento, miedo o frustraciones que lo inundan mediante su propia muerte; al volverse su percepción llena de bruma, inicia una distorsión de la realidad, acompañada de perturbaciones y hostilidad, dándole mayor peso a los aspectos negativos, sin considerar soluciones posibles (Shneidman, 1976).

Otros de los factores psicológicos que contribuyen son los rasgos de personalidad, quienes se inclinan hacia la ansiedad, la apatía, la agresividad y el egocentrismo, tienden a rehusarse a recibir cualquier tipo de ayuda. Del mismo modo, imperan las ideas irracionales y se encuentra inexistente una motivación que fortalezca el locus de control, lo que propicia que la persona perciba su lugar dentro de su entorno de forma errónea (Villardón, 2009).

Finalmente, el psicoanálisis y la psiquiatría profundizan en el tema del suicidio, enriqueciéndolo de manera fundamental para su entendimiento. Freud (1910) lo visualizó como el acto en donde el sujeto pretende dejar de ser, desde dos posiciones; siendo la primera por mociones exclusivamente yoicas y la segunda concerniente a la energía libidinal a los pies de la rendición.

En contraste, Horney (1950), expresó que el desarrollo de los trastornos ocasionados por la cultura, refiriéndose a las figuras parentales, por la política y/o religión impactan en dicho acto, al generar angustia, esforzándose el niño o el púber en vencer a ésta, posibilitando el desarrollo de un ímpetu de superioridad, que detona en un fracaso del yo en su desarrollo, existiendo una divergencia entre el yo idealizado y el yo real.

Posteriormente, Hendin (1951), introduce el supuesto de que las fantasías mortíferas son la antesala para llevar a cabo la letal auto-agresión, predominando el acto cuando los individuos se encuentran en un conflicto psíquico y emocional que se amplifica de forma vertiginosa, los deseos del cansancio por escapar, de culpa,

venganza, redención o sumisión masoquista prevalecen de tal forma que se instauran en dichas fantasías, para ser llevadas al acto (Litman y Tabachnick, 1968).

Los estados depresivos involucran una dependencia, para Rado (1951), la ira incontrolable del sujeto simboliza una fantasía convertida en un deseo que no es complacido por no poder depender del otro. En esta lucha de frustración por la sumisión y objetivos adaptativos, la ira es mal encauzada al dirigirla contra sí mismo, con la esperanza de que se le sea otorgado el perdón, así como la quimera de una reconciliación con el objeto por el cual fue frustrado y le produjo tanta furia.

Por otro lado, Sullivan (1953), especula que los factores significativos en la autodestrucción son la envidia y la angustia, la envidia propiciada por anhelar algo que será imposible de tener y la angustia basada en una mala incorporación de la personalidad.

Klein (1935) en su propuesta del estado melancólico, postula que ocasiona que el sujeto se encuentre incapacitado para manejar el dolor particular de la posición depresiva, usando al suicidio como una vía para terminar con aquel dolor que se vuelve insoportable. En la misma línea kleiniana, Winnicott (1960) ahonda sobre el tema aludiendo que la conducta suicida evidencia las fantasías de destrucción de los objetos introyectados como malos, hostiles e indeseados para el yo, incapacitado para encontrar objetos tranquilizadores.

Uno de los autores que más se interesó en el suicidio, fue Menninger (1938), que planteó que el suicidio es el resultado de un cúmulo de factores, tales como: problemas económicos importantes, enfermedad o pérdida del sentido de la realidad. Propuso que hay tres elementos esenciales que integran el acto suicida: el deseo de matar, de ser matado y el deseo de morir. El deseo de matar son pulsiones procedentes de la agresividad primaria. Sobre el deseo de ser matado predomina la culpa y la necesidad de castigo. El deseo de morir se encuentra envuelto por la desesperación de fugarse de aquellos problemas inaguantables para el sujeto. Asimismo, expuso distintas formas de suicidio que, a la mirada social, no son evidentes o consideradas generalmente como actos suicidas. En dicha clasificación

se localiza el comportamiento suicida crónico catalogado a partir de maneras de autodestrucción que postergan la muerte de modo indeterminado, ocasionando una decadencia en las funciones del sujeto, acompañado de sufrimiento. Ejemplos de ello son el alcoholismo, el aislamiento o la psicosis. El autor también construye el término del suicidio localizado, que se caracteriza por comportamientos autodestructivos, enfocados particularmente hacia una parte del cuerpo, como lo es la automutilación, los accidentes provocados o las enfermedades ilusorias.

Para la teoría Jungiana, el suicidio representa el desequilibrio entre lo inconsciente y lo consciente, procedente de aquellos impulsos que han sido reprimidos. En las pulsiones contrarias coexistentes, predomina la que refiere a la muerte, puesto que se muestra más atractiva que la vida. Compartiendo con las posturas de los autores previamente mencionados, que, al hallarse la persona en una situación insoportable, sin poder suplantar el desahogo de la tensión, alcanzando el rompimiento armónico y creando fantasías asesinas, la única forma que la persona encuentra para fulminarlas, es acabando con su vida (Jung, 1959).

Adler (1968), considera que el suicidio atañe a sujetos dependientes, que esperan constantemente beneficios de los otros, con una baja autoestima, centrándose en sí mismos, con la tentativa persistente de ser reconocidos por encima de los demás, por lo que la visión suicida les brinda la impresión de un control omnipotente entre la vida y la muerte.

Acerca de las nociones contemporáneas, Tubert (1999) comprendió al suicidio como un término bastante amplio, necesario de abordar, tomando en cuenta todos los aspectos que comprende, refiriéndose a sus distintas manifestaciones, no centrándose solo en el acto como tal, sino, igualmente a la ideación, deseos, fantasías e intentos velados suicidas, sobre estos últimos destacan aquellos comportamientos que involucran un auto-daño mortal, así como los accidentes. Diferenciando dichas manifestaciones a través de las figuraciones de muerte y el paso a ser llevadas a la realidad. Plantea que, de acuerdo con la historia de vida del sujeto, será la representación de sus pensamientos, actos o su discurso, simbolizándolos en función a las fortalezas con las que cuente.

De Bedout (2008) sugiere que el acto suicida representa un peligro significativo, suscitado, en algunas ocasiones, por una ruptura amorosa, en donde el coraje provocado por la decepción de perder al objeto de amor promueve que la agresión que se genera se direcciona hacia sí mismo, simbolizando la relación de éste con el otro.

A partir de lo mencionado, en el estudio del suicidio se ha considerado como una constante la angustia que provoca el no poder encontrar solución ante problemáticas tanto internas como externas, prevalecen de manera latente las ideas de autodestrucción, así como un estado de minusvalía por perder al objeto amado, por encontrarse dentro de una sociedad incapaz de dar la contención que necesita el sujeto o en su defecto porque los dispositivos psíquicos se debilitan y abren paso a los deseos mortíferos.

## **2.2 Datos estadísticos del suicidio**

La perspectiva acerca del fenómeno del suicidio a lo largo del tiempo ha cambiado en función del lugar, la época y de las situaciones por las que está atravesando el país. A diferencia de la concepción actual del suicidio, en la época prehispánica dicho acto era digno de admiración y distinción, en contraparte, en la actualidad es visto como signo de debilidad, vergüenza y, en muchos casos, de rechazo. A pesar de esa visión esta causa de muerte ha ido en aumento considerablemente en las últimas décadas (Jiménez & Cardiel, 2013).

Resulta imprescindible contemplar al suicidio como un problema que aqueja a todo el mundo, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), en la población de 15 a 29 años se encuentra entre las tres principales causas de fallecimiento. Lo que revela que anualmente fallecen un millón de habitantes en el mundo a consecuencia de dicha problemática.

Los datos de los cuadernos de Estadísticas de Suicidio e Intentos de suicidios publicado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011) indican que la tasa nacional de muertes por suicidio de 1990 a 2011, aumentó de 4.3 a 7.5 por cada 100 000 habitantes, en varones; por otro lado, en las mujeres pasó de

0.6 a 1.7 por cada 100 000 habitantes, arrojando los resultados de dicho período que en los hombres la tasa de muertes por suicidio es más elevada que en el género femenino, sin embargo el incremento en los hombres fue de 5% a diferencia de las mujeres, que fue de 7%, acentuándose en ambos a los largo del tiempo .

De los comportamientos suicidas consumados, se toman en cuenta los intentos de suicidio dado que son los antecesores de los fallecimientos a causa de éste, sirviendo muchas veces como signos para su comprensión (Jiménez y Cardiel, 2013). Las Estadísticas Sociales (INEGI 2011), considerando la secuencia, ideación, amenaza e intento suicida, proporcionan los datos cuantitativos sobre los intentos suicidas del período de 1990 al 2005.

Los resultados manifiestan que las mujeres en México son más proclives a los intentos en comparación con los varones. Sin embargo, en comparación con la tasa de intentos consumados, los niveles son más altos en los hombres, al emplear formas letales como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego (INEGI, 2011).

Respecto a la edad, las cifras del INEGI (2011) indican que la presencia de la muerte por suicidio predomina en los adolescentes mexicanos, ya que en la década del 2001 al 2011 se acentuaron los suicidios en la población de 15 a 24 años en un 74%, siendo el período de la adolescencia el más vulnerable ante tal problemática

Posteriormente en el 2016 el INEGI actualiza la información sobre los medios empleados por las personas para acabar con su vida; la lista la encabeza la estrangulación y sofocación con el 80%, el 9% por envenenamiento con plaguicidas, sustancias nocivas, drogas, medicamentos y otros químicos, el 8% disparo con arma, y el 3% por otros medios.

De los reportes más recientes de México, el INEGI (2016), brinda los últimos resultados registrados de muerte por lesiones autoinfligidas de forma intencional, sobreviniendo 6291 muertes por dicha causa en el 2016, lo que significa 5.1 número de suicidios por cada 100 000 habitantes. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reporta que la tasa de suicidios del 2010 al 2016 se ha incrementado en 0.8% (Figura 1).

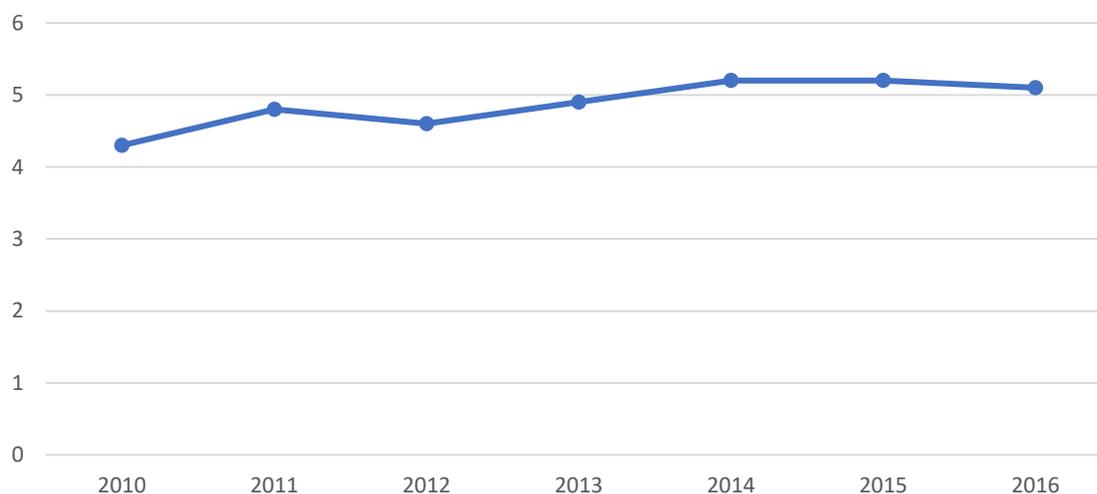


Figura 1: Tasa de suicidios 2010 a 2016 (Por cada 100 000 habitantes)  
INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de Datos. Varios años

Acerca de las causas, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2016) realizó una investigación profunda al tomar en cuenta las circunstancias sociales, culturales, y psicológicas, de la cual se desprendieron cuatro principales para los intentos de suicidio: Problemas amorosos, ansiedad y depresión, problemas familiares, y abuso de alcohol y drogas.

Por otro lado, la tasa de suicidio fluctúa según la entidad federativa. De acuerdo con el estudio hecho por el INEGI (2016), los Estados con mayor incidencia de suicidios en el 2016 fueron Chihuahua, Yucatán, Aguascalientes, Campeche y Colima en contraparte, los índices más bajos se hallaron en Guerrero, Veracruz y Oaxaca (Figura 2)

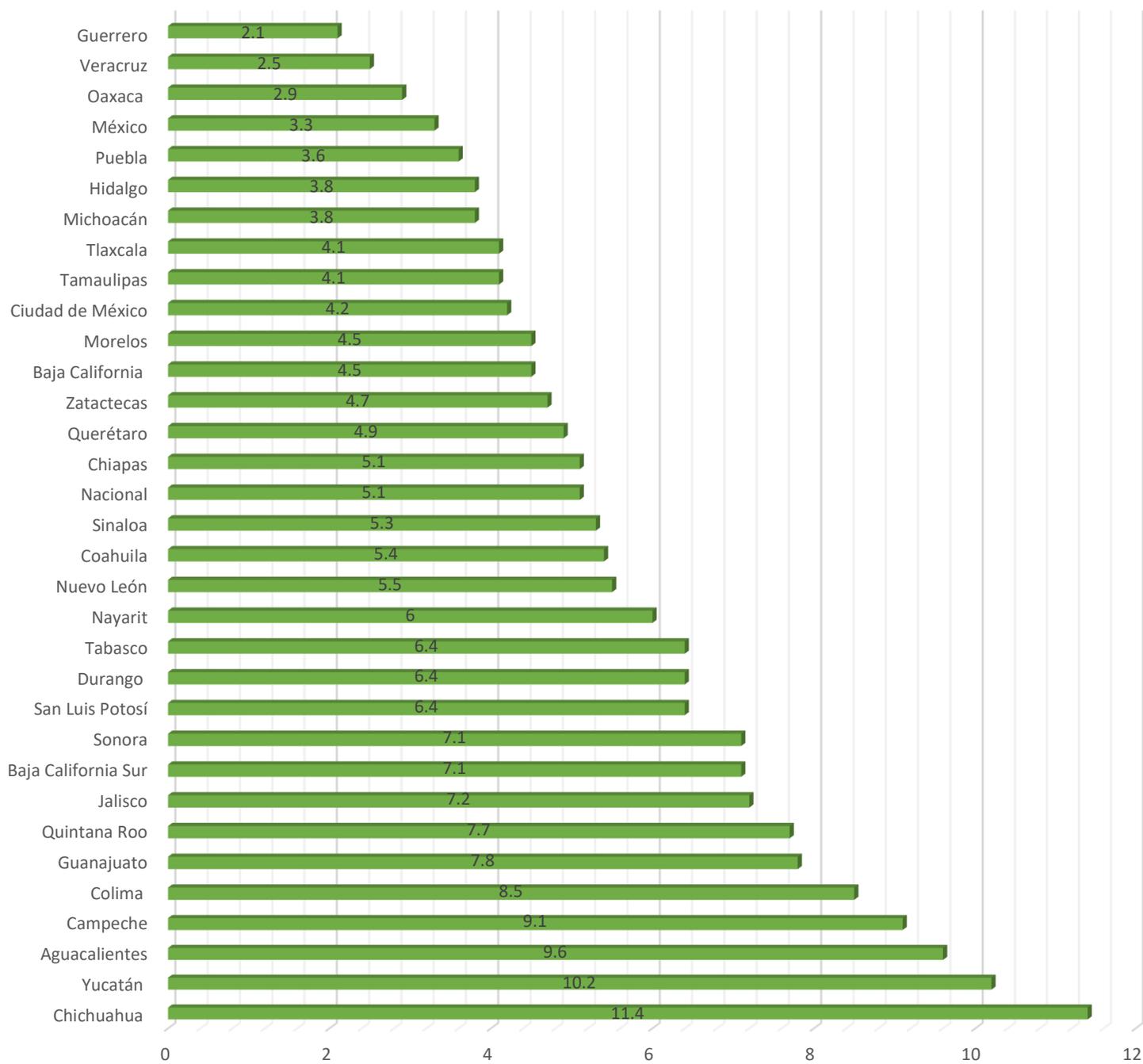
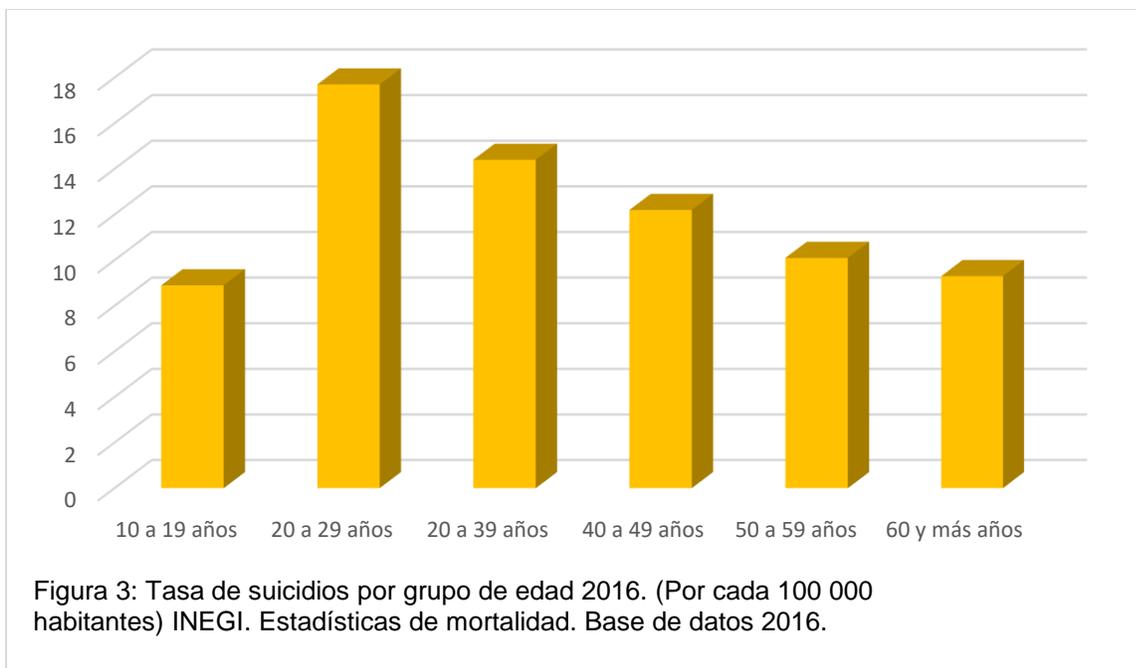


Figura 2: Tasa de suicidios por Entidad Federativa 2016. (Por cada 100 000 habitantes)  
INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2016.



De igual manera, el análisis permitió observar que, por sexo, la población femenina anuncia una tasa más alta en la de edad de 15 a 19 años, al presentar cuatro suicidios por cada 100 000 mujeres; en tanto que en lo que respecta al sexo masculino, en chicos de 20 a 24 años, la tasa fue de 16 muertes autoprovocadas por cada 100 000 varones (INEGI, 2016).

Los datos anteriores han permitido obtener un panorama estadístico descriptivo de los intentos de suicidio y del suicidio, siendo posible reconocer a través de ellos las causas e información relevante para diversas investigaciones cuantitativas acerca del tópico en cuestión.

### **2.3 Investigaciones cuantitativas de riesgo de suicidio**

A partir de que el suicidio adolescente en México es una problemática de salud pública compuesta por diversos factores, hay autores que han enfatizado en dicho fenómeno, preocupados por las causas que impactan en éste, lo que ha generado múltiples investigaciones, algunas de las cuales serán abordadas a continuación.

El riesgo suicida es dinámico por excelencia, por lo que es conveniente abordarlo desde la ideación sobre este, tomando en cuenta el paso que da el adolescente de ésta a la planificación específica al tener disponibles una serie de medios que incrementan el peligro de que se concrete (Kirk, 1993).

Generalmente se les han atribuido a las enfermedades mentales el principal motivo de suicidio en el adolescente, aunque éstas no son en muchas ocasiones las causas fundamentales (Borges, Rosovsky, Caballero, & Gómez, 1994). Por ejemplo, se ha visto que el bullying es un factor de riesgo en el comportamiento suicida (Fandanelli, Lemos, Florencia & Hiebra, 2013).

Valadez, Amezcua, Quintanilla y González (2005), se inclinaron por indagar, al realizar un estudio en Guadalajara, acerca de situaciones que surgen dentro de la familia en relación con el intento suicida. La muestra estuvo compuesta por 343 jóvenes de una escuela preparatoria de la Zona Metropolitana. Las dimensiones de la familia que se contemplaron a partir de la escala elaborada para dicha investigación fueron: Dinámica de pareja (“mis padres o tutores pelean mucho”, mis padres o tutores se golpean, considero que mis padres se quieren”), Manejo de conflictos (“en mi familia hay pleitos, tengo pleitos con mis hermanos, alguien de mi familia se ha ido de la casa a causa de un disgusto”), Comunicación y expresión de afecto (“con mis padres me llevo bien, mis padres o tutores son cariñosos conmigo, cuando tengo un problema lo platico con mi mamá, cuando tengo un problema lo platico con mi papá, cuando tengo un problema lo platico con mis hermanos, mi familia me trata mal”), Establecimiento de normas (“el trabajo en casa se reparte, en mi familia hay reglas que cumplir, tengo un horario fijo para llegar a casa, creo que mis padres o tutores son demasiado exigentes, creo que mis padres o tutores están satisfechos de mí, mis padres me molestan mucho”), Dificultades económicas (“mi familia tiene problemas económicos, cuento con una cantidad de dinero para mis gastos, conseguir dinero es una de mis principales preocupaciones, tengo dinero suficiente para mis gastos”).

Dicho instrumento fue validado y se obtuvo su confiabilidad ( $\alpha = 0.71$ ) en una muestra de 2464 adolescentes. La información sobre el intento suicida se recopiló con una encuesta directa: “sí/no he tenido intento suicida”. Se concluyó que existe una

correlación significativa con todas las dimensiones, obteniendo las asociaciones más altas en la dimensión Dinámica de pareja (Valadez et al., 2005), las alteraciones en la dinámica de la pareja parental afectan, debido a que, al presentarse conflictos, el joven puede involucrarse sufriendo dicha intervención con ambivalencia y culpa (Ajuriaguerra, 1999). De igual forma, hubo relación entre la ausencia de manifestaciones afectivas y la comunicación escasa o nula dentro de la familia con el intento suicida. Es entendido que la comunicación en el seno familiar proporciona herramientas de seguridad, así como el afecto, que al estar ausente o ser percibido como rechazante origina la presencia de sentimientos de enojo o agresivos que incorporan hacia sí mismo o hacia los demás. (Valadez et al., 2005).

Sarmiento y Aguilar (2011), se interesaron en identificar predictores, tanto familiares como personales, que se asociaran con la ideación suicida. En su estudio participaron 1,419 estudiantes de nivel medio superior elegidos aleatoriamente a través de un sorteo, siendo el 48.5% varones y 51.5% mujeres, con un promedio de edad de 16.38 años.

Los instrumentos utilizados en dicha investigación fueron: cuatro ítems de la *Escala de Ideación Suicida* de Roberts (1980) y cuatro reactivos del *Cuestionario sobre Tendencia Suicida* de Wilburn y Smith (2005); *Cuestionario de Autoridad Parental* (CAP), de Aguilar, Valencia, Sarmiento y Cázares (2007), cuyo objetivo de éste es el de evaluar la percepción que tienen los hijos de los estilos de autoridad ejercidas por parte de sus padres: autoritativo, negligente o autoritario, con un alfa de Cronbach total de .75; *Escala de Percepción de los Padres*, de Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001), adaptada por Aguilar, Sarmiento, Valencia, y Romero (2007), integrada por trece adjetivos que evalúan de igual manera la percepción que los jóvenes tienen de sus progenitores con un  $\alpha = 0.85$ ; *Escala de Satisfacción con el Sistema Familiar*, de Olson y Wilson (1982), modificada por el Grupo Lisis (Musitu y cols., 2001), la cual valora la satisfacción que vive el adolescente dentro de la familia ( $\alpha = 0.91$ ); *Escala de Conflictos Familiares*, de Parra y Oliva (2002), adaptada por Aguilar, Valencia y Lemus (2007), la cual evalúa la percepción de la periodicidad e intensidad de los conflictos que tienen los jóvenes con sus papás ( $\alpha = 0.77$ ); *Escala de Autoestima de Rosenberg*

(RSE), realizada por Rosenberg (1965), de la cual se obtuvo una consistencia interna de 0.85; *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*, de Radloff (1977), u coeficiente alfa fue de 0.84 (citados por Sarmiento & Aguilar, 2011).

Los resultados mostraron que la frecuencia de las ideas suicidas fue más alta en las adolescentes que en los jóvenes, alcanzando una diferencia significativa entre los grupos ( $\chi^2 = 19.041$ ,  $p = .008$ ). Sobre los predictores de la ideación suicida, se obtuvieron correlaciones negativas significativas más altas en la autoestima, y positivas en la frecuencia de conflictos con la madre, estilo negligente materno y afecto negativo por ambos padres. Es decir, a mayor autoestima, menores serán los índices de ideación suicida en las adolescentes; por el contrario, entre más conflictos con la madre, mayor percepción autoridad negligente por parte de la madre, y una percepción de mayor afecto negativo de ambos padres, aumentará la ideación suicida en sus hijos.

En Colombia, Pérez, Vianchá, Martínez & Salas, (2013), analizaron la relación entre el maltrato familiar y la ideación suicida en una muestra de 676 estudiantes, su participación fue voluntaria, y su promedio de edad fue de 14.58 años, oscilando entre los 12 y 19 años, el 57% de los participantes eran mujeres y el 43% fueron hombres. En la investigación, la variable maltrato familiar fue definida como las diversas maneras arbitrarias de ejercer el poder dentro de la familia, originando a quien la sufre un daño que se desarrollará de acuerdo con la forma de la cual fue víctima, ya sea física o verbal (García, 2002).

En la investigación fueron utilizados como herramientas para la recolección de los datos el *Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicida Ideation- PANSI)*. El alfa de Cronbach correspondiente a esta muestra fue de 0.82. Asimismo, emplearon *Auto-reportes sobre Maltrato Familiar*, que define si el adolescente sufrió o no sufrió los tipos de maltrato ya mencionados. En la investigación también se tomó en cuenta la variable sociodemográfica “tipo de familia”, de lo cual se obtuvo que el 59% pertenecían a familias denominadas como nucleares, el 10% de los participantes a familia extensa, el 22% a familia monoparental y del 9% se desconocía el tipo de familia de pertenencia. Se obtuvo una correlación significativa

débil al nivel 0.01 entre el maltrato y la ideación. Fue posible tomar en cuenta a dicha variable como factor de riesgo. Se llegó a la conclusión, a partir de los resultados, que los adolescentes que forman parte de familias nucleares sufren mayor violencia física y verbal.

Meses después del estudio previamente mencionado, Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo & Ochoa (2013) realizaron una investigación con 393 estudiantes mexicanos, de 15 a 17 años, con un promedio de edad de 15.4 años (DE = 1.71), como características para su participación fue necesario que contaran con el rango de edad establecida y que vivieran con madre y padre, con la finalidad de establecer en qué medida los estilos parentales advierten las ideas suicidas en los jóvenes.

Para la medición de los estilos parentales se aplicó la *Escala de Prácticas Parentales* (Andrade & Betancourt, 2008), que establece la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. El instrumento evalúa las prácticas parentales del papá y la mamá. En el caso del padre las prácticas exploradas son: comunicación y control conductual paterno, autonomía paterna, imposición paterna y control psicológico paterno. Con respecto a la madre, las prácticas analizadas son: comunicación materna, autonomía materna, imposición materna, control psicológico materno y control conductual materno. Es una prueba auto aplicable que consta de 80 reactivos (40 para cada uno de los padres), con cuatro opciones de respuesta nunca, pocas veces, muchas veces y siempre), y con un escalamiento tipo Likert. Su validez se obtuvo mediante un análisis factorial exploratorio y la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, el cual es de  $\alpha = 0.88$ . El alfa de Cronbach por dimensión fue el siguiente: comunicación materna  $\alpha = 0.92$ , autonomía materna  $\alpha = 0.86$ , imposición materna  $\alpha = 0.81$ , control psicológico materno  $\alpha = 0.80$ , control conductual materno  $\alpha = 0.84$ , comunicación y control conductual paterno  $\alpha = 0.97$ , autonomía paterna  $\alpha = 0.94$ , imposición paterna  $\alpha = 0.90$  y control psicológico paterno  $\alpha = 0.90$  (Andrade & Betancourt, 2008).

Con el objetivo de medir la ideación suicida, se aplicó un cuestionario de ocho reactivos que se inclinan hacia las ideas de quitarse la vida, con una consistencia

interna de 0.82 (Borges, Medina & Orozco, 2009). Fue necesario la autorización de los directivos de la escuela con el objeto de tener el ingreso a los salones de clases.

El análisis estadístico permitió establecer una relación significativa entre la ideación suicida y la práctica paterna de control psicológico, en el caso de los hombres evaluados. Por otra parte, en las mujeres se obtuvieron correlaciones significativas fuertes con el control psicológico, afecto/comunicación y afecto/ comunicación paternos, y la ideación suicida. En relación con las prácticas maternas, en los varones no se encontró correlación fuerte entre control psicológico y conductual con la ideación suicida; en cambio, en las mujeres existió correlación significativa positiva media entre control psicológico materno y correlaciones significativas negativas entre afecto/autonomía, afecto/comunicación con la ideación suicida. En conclusión, fue factible sustentar que sí hay relaciones significativas entre la ideación suicida y los estilos parentales, lo que indica que el fortalecimiento de las prácticas parentales positivas reduce el riesgo a desarrollar ideas suicidas (Pons & Bejarano, 1997).

Correspondiente al estilo parental del padre, los hombres no se ven fuertemente aquejados por el control conductual, además, las prácticas maternas no mostraron relaciones significativas con la ideación suicida, lo que demuestra la importancia del rol del padre en la prevención del suicidio, y éste puede tener relevancia en el fenómeno estudiado. En cuanto al género femenino, se comprobó un mayor impacto en la ideación suicida, ya que tanto la madre como el padre inciden en el desarrollo de sus hijas, a partir del control psicológico, en mayor parte del lado materno (Pons & Bejarano, 1997).

## **2.4 Prácticas parentales**

A partir de las investigaciones que se han realizado, en el presente apartado se profundizará en las prácticas parentales, se dará una breve presentación de cómo el término se ha construido a lo largo del tiempo.

Desde la visión sistémica resulta importante mencionar que la familia y el ambiente familiar han sido temas empleados en la investigación psicológica, desde hace ya

varios años, puesto que se ha identificado que las características familiares influyen en el desarrollo de los hijos (García, 2005).

Dentro del estudio de las características familiares que repercuten en los niños, se encuentra la investigación realizada por Baumrind (1966) en la que aporta el término “Estilos Parentales” presentando la forma en que éste influye en las diversas áreas de desarrollo de los infantes. Asimismo, el estilo parental lo estudia desde tres estilos: el estilo parental autoritario, el estilo parental democrático y el estilo parental permisivo. La autora menciona que los tres tienen una repercusión en la interacción que los hijos muestran con la gente y, a su vez, en sus conductas tanto individuales como sociales que trascienden en la adultez.

Para los fines de esta investigación, se retoman algunas definiciones del control parental. Ha sido conceptualizado como: “El conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades que realizan” (Barber, Olsen, & Shagle, 1994, pp. 1120).

Por otro lado, Maccoby y Martin (1983) plantean una actualización al concepto de control parental estudiado por Baumrind (1966), ellos mezclan en dos dimensiones el control parental: la primera dimensión mide el estilo educativo parental que trata sobre la comunicación y el afecto; la otra dimensión es el control y la exigencia. Al unir las dos dimensiones se combina el afecto y el control, lo cual ha permitido construir los diferentes estilos educativos parentales, que son un conjunto de expresiones no verbales, conductas y actitudes que conforman las relaciones existentes entre papás e hijos en diversos contextos. La integración de los niveles del control y el afecto posibilitaron la construcción de cuatro estilos educativos:

a. Estilo educativo democrático: los progenitores brindan un equilibrio eficaz en el control y el afecto; además intervienen en las conductas de sus hijos, incluyendo las normas establecidas.

b. Estilo negligente: se caracteriza por la falta de control y poco interés por parte de los padres en el comportamiento de sus hijos.

c. Estilo educativo permisivo: en éste existe una ausencia de control y altos grados de afecto de los progenitores, que imposibilitan el desarrollo de características que indican madurez en los infantes.

d. Estilo educativo autoritario: las muestras de afecto insuficientes y el control de actitud de los padres provocan que los hijos tengan que obedecer sin poner objeción alguna.

Retomando a Baumrind (1966) en su interés sobre las características familiares, introduce el término “Estilos Parentales” que está estrechamente ligado con el “Control parental”, entre sus semejanzas se encuentra que ambos influyen de forma directa o indirecta en el desarrollo de los infantes. Darling y Steinberg (1993) conceptualizan a las prácticas parentales como mecanismos utilizados directamente por los padres hacia los objetivos de socialización del niño y del adolescente. Las prácticas parentales fueron categorizadas en maternas y paternas; en particular, las provenientes de la madre se dividen en: positivas: comunicación, autonomía y control conductual; y negativas: imposición y control psicológico, conceptualizando a ésta última como la persuasión de culpa, que funda una devaluación a partir de críticas violentas y excesivas por parte de la progenitora hacia el adolescente (Andrade & Betancourt, 2008).

#### **2.4.1 Control psicológico**

El control psicológico forma parte de los dos tipos de control ejercido por los padres autoritarios, éstos utilizan no solo el control psicológico, sino también el control conductual, como método para gobernar los comportamientos de sus hijos, siendo este último positivo para ellos, a diferencia del psicológico que impacta negativamente, dado que regula pensamientos e ideas (Baumrind,1966). Asimismo, el control psicológico es valorado como un potencial inhibidor del desarrollo psicológico, autonomía e individualidad del infante, obstaculizando el desarrollo de una conciencia saludable en sí mismo, en el cual los progenitores obstruyen y manipulan sentimientos y opiniones. Entre los modos de intromisión están el retiro del amor, avergonzar, persuasión de ser culpables, o la restricción de la comunicación (Barber, 1996). El

objetivo primordial de dicha práctica parental es que el adolescente permanezca dependiente emocionalmente de los padres (Symeou y Georgiou, 2017).

Las consecuencias del control psicológico en niños y adolescentes son variadas, desde dificultades externas hasta internas. En las problemáticas externalizadas se encuentran los comportamientos agresivos, desafiantes, delincuenciales y conductas de riesgo; en las problemáticas internas pueden hallarse la depresión, excesiva pasividad, culpa y baja autoestima (Barber, 1996).

### **Capítulo 3: EL PAPEL DE LA MADRE EN LA VIDA DEL ADOLESCENTE.**

#### **3.1 Relación madre e hijo en el primer año de vida del infante.**

Los factores externos que rodean e impactan en el adolescente son inmensos, entre ellos encontramos a la familia y los padres, por tal motivo se profundizó el presente estudio en el papel que juega la madre dentro de la vida del adolescente.

El desarrollo de la diada madre e hijo tiene su origen en las relaciones objetales primarias, atravesando el bebé en los primeros meses de vida un cambio de lo fisiológico a lo psicológico, el primero se refiere a su estancia en el útero, conforme va avanzando el tiempo se colocará en un estado de simbiosis con la madre (Spitz, 1972).

El recién nacido, concibe a su madre o en su defecto a quien la sustituya como aquella entidad perteneciente a él formando parte del cúmulo de sus necesidades, así como de su fuente de satisfacción proveniente de sí mismo (Spitz, 1972).

Posteriormente, la madre se convierte en la conexión del bebé con el mundo exterior, intérprete de estímulos externos y de su percepción. El cariño que le proporcione durante los tres primeros meses después de su nacimiento formará un sistema favorecedor de experiencias vitales para el bebé, sirviendo de orientación. La calidad de afecto del que dispone cada progenitora se verá mermado por la personalidad de su hijo, de igual manera, de acuerdo con la personalidad de ésta será

la influencia que tendrá el infante para que sea afable o antipático, apacible o agresivo, anticipado o tardío (Spitz, 1972).

La relación madre e hijo es el elemento que determina la vida del niño, específicamente en el aspecto psicológico en la primera infancia, debido a que la figura materna es la representante de la sociedad, jugando un papel predominante en su maduración, considerándose como un todo, ya que tan solo su existencia y hasta sus acciones que parecieran sin importancia instauran un estímulo para las repuestas del niño, que posibilitan a su vez el desarrollo de distintos ámbitos de su personalidad, en la cual prevalecen las acciones que le producen placer, buscando constantemente su repetición, por el contrario, rechaza las que le ocasionan displacer y lo destinan al fracaso (Spitz, 1972).

El afecto de la madre es posible considerarlo como una forma de comunicación en la diada, por medio de éste comprende las necesidades de su hijo, sirviendo como puente para las sensaciones y percepciones para dicho entendimiento (Spitz, 1972).

Como se distingue, el afecto es la base del desarrollo del infante, tanto para su propia concepción como para la comunicación, que será trasladada en los subsiguientes años con las demás relaciones objetales que establezca. Dentro del sistema de afecto, los primeros meses se rodea de placer, mostrándose a través de la sonrisa; posterior a los tres meses inician los afectos que provocan desagrado en el infante, al considerarse abandonado por su compañera humana. A los seis meses se moderan ambos afectos, por un lado, el placentero y por el otro el de displacer, normales para su desarrollo, se ve afectada dicha normalidad cuando predomina o solo se encuentra un tipo de afecto en su primer año de vida, lo que trae consecuencias severas en el infante, si prepondera la carga afectiva de desagrado, incita en el ello una agitación de agresión que queda vinculada con una huella en la memoria del yo, cuando el infante se identifica con el objeto libidinal, extenderá la agresión hacia el mundo que lo rodea, fundando una identificación con el agresor. Dicho vestigio es explicado a partir de que el pensamiento es un sistema de prueba que se produce por medio de las impresiones cargadas de energía y por su desplazamiento a la memoria (Freud, 1923).

Por el contrario, si se le priva de experiencias desagradables crea un desequilibrio, volviéndolo intolerante a la frustración que, de continuar así en los años subsecuentes, cada vez que enfrente un fracaso provocará tanta angustia que puede llevar al sujeto a desenlaces funestos, (Spitz, 1972), colocando la energía libidinal sobre sí mismo, por ello resulta importante el entendimiento del narcisismo (Freud, 1914).

### **3.2 Narcisismo**

La palabra narcisismo es utilizada para conceptualizar comportamientos en los cuales el sujeto brinda a su propio cuerpo una atención semejante a la que proporcionaría al cuerpo concebido como objeto sexual. La energía libidinal es colocada sobre sí mismo, siendo un complemento que subyace en el egocentrismo, atribuido a la pulsión de todo ser vivo que es la de autoconservación,preciado como narcisismo primario normal en todas las personas. Se convierte en un problema cuando atraviesa del narcisismo primario a aquel en el que se originan delirios de grandeza acompañados de una pérdida de interés total o parcial sobre las personas o cosas. Pudiéndose observar en menor gravedad en el neurótico obsesivo o en el histérico; al bloquear la relación erótica con personas y cosas, suplantándolas por objetos que habitan en la fantasía. (Freud, 1914).

Al hablar del narcisismo no se puede dejar a un lado la teoría de la libido, esencial para el entendimiento de este término. Estudiada en las conceptualizaciones de la vida anímica de los niños, que permiten la diferenciación entre características propias del desarrollo, como lo son: sobreestimación de sus deseos, pensamientos omnipotentes o pensamientos mágicos que se pudiesen confundir con delirios de grandeza, muy similar a las características de los adolescentes, los cuales invisten de manera libidinal de primera instancia al yo y continúan con los objetos (Freud, 1914).

El investimento libidinal se divide en ~~la~~ libido yoica y ~~la~~ de objeto, empobreciendo una a la otra, es decir, entre más energía gaste una se ve afectada la otra y viceversa. Es lo que sucede en el enamoramiento, ya que la libido objetal es gastada de forma mayoritaria a diferencia de la yoica, lo que en muchas ocasiones una ruptura puede ser fatal si no se logra equilibrar dichas energías libidinales. Ante el dolor de una

separación, el sujeto de forma inconsciente retrae de sus objetos de amor, la libido, por lo que deja de amar al otro. Aunque suene paradójico, para que el sujeto no enferme es necesario que esa energía que fue retirada del objeto de amor vuelva a ser desplazada hacia otro, de lo contrario enfermará por la fuerte sensación que lo frustra por no poder amar, lo que detona en un displacer, aumentando la tensión sin encontrar una fuga o siendo rechazada, lo que impide la cura. Dicho de otra manera, la libido se invierte hacia los objetos inexistentes, originando pensamientos de grandeza, al volver al yo (Freud, 1914).

En la vida amorosa del sujeto queda escondida la libido yoica y se fortalece la libido objetal, la elección de los objetos de los adolescentes reside en las primeras vivencias satisfactorias, siendo provocado el principio de satisfacción del bebé por aquellas personas a cargo de su alimentación, protección y cuidados, que serán tomados como los primeros objetos sexuales, siendo en la mayoría de los casos la madre. La nutrición es el modo de satisfacción propiciando que sea la boca el órgano erógeno, convirtiéndose la relación de objeto que se apuntala a la dependencia del pecho que lo que se denomina apuntalamiento (Freud, 1905).

El comportamiento tierno de las figuras parentales hacia el bebé propicia el fortalecimiento del narcisismo primario que reduce el riesgo del desarrollo de un trastorno de personalidad, aunque sí existe un reconocimiento exagerado y exacerbado provoca el sentimiento de ser el centro de lo que lo rodea, "*His Majesty the baby*", exponiéndolo a diversas perturbaciones cuando dicho estado perdura más de lo conveniente, es decir si se mimó en demasía al niño se convertirá en un tirano (Freud, 1914, p. 88).

Teniendo en cuenta lo anterior, el narcisismo, como fue planteado, es una manera básica en la que se manifiesta el sí mismo del adolescente, es considerado como trastorno cuando las imágenes propias y de los objetos se fusionan, traspasando y difuminándose los límites del yo y de los objetos internos, (Kernberg, 1975). Los jóvenes con el trastorno narcisista muestran dificultad para comprometerse, en toda la extensión de la palabra, generalmente no tienen objetivos a largo plazo debido a que buscan que las gratificaciones se den inmediatamente (Kerr & Patton, 1994).

### 3.3 Tipos de madre.

De la posición freudiana se extrae todo un entrelazado del papel de la madre, colocándola en un lugar de sucesora de un complejo matizado por una serie de eventualidades que inician a formarse desde la niñez, organizado en una insuficiencia fálica motivada por la esperanza de reemplazarla por el recibimiento de un infante por parte del padre. No se puede dejar de lado la historia de vida de tan polémico analista en relación con sus postulados, que al hablar de su madre la describió con agradecimiento, impulsándolo a enfrentar con entereza sus teorías. Es de ahí que Freud defiende la importancia del deseo materno, una madre que recubra con sus brazos a aquel niño ávido de afecto, lo sitúa en un terreno lleno de privilegios al consagrar un apoyo de carácter narcisista, asistiendo a una estructura difícil de romper, siempre y cuando ese deseo prevalezca y cumpla con el papel de una madre que funciona. El peligro recae cuando la calidez, el amparo y el refugio no están presentes, el bebé lo vive como una tragedia con probables caminos hacia la psicosis (Flesler, 2012).

Los variados casos abordados por Freud denotan un perfil materno. Nos encontramos con la madre del pequeño Hans, aquella que no suelta, haciéndolo presente en su intimidad al cambiarse su ropa frente de él, lo cobija en su lecho y lo lleva con ella al baño, creando como síntoma la fobia a los caballos que le prohibía recorrer ciertos lugares, incapacitándolo para conocer el mundo exterior (Flesler, 2012).

Otro ejemplo es el de la progenitora de Dora, ama de casa, de insuficiente cultura e inteligencia, ensimismándose, a raíz de la enfermedad de su esposo, en las labores domésticas, limpiando la casa rutinariamente, bloqueando su propia satisfacción y, a su vez, un distanciamiento con sus hijos, lo que propició que la joven volcara su afecto en otra mujer al no entenderse con su madre (Flesler, 2012).

La represión y severa disciplina vivida por la madre de Shreber por parte de su marido la imposibilitó a mostrar afecto por su pequeño hijo, debido a las prácticas que

ejercía el padre, tanta insatisfacción secundó a su depresión de la cual se desconoce mucha información (Flesler, 2012).

El caso del hombre de las ratas entretejió la historia de unos padres que estuvieron juntos por cuestiones económicas, relumbrando la ausencia del deseo y de amor, que causaría posteriormente en el joven un serio conflicto por el amor hacia una chica pobre que no cumplía con los estándares maternos (Flesler, 2012).

Podemos observar en los casos analizados por Freud una serie de visos en las características de las madres, resaltando distinciones particulares que socorrerán o desdibujarán a un pequeño dependiente de aquel objeto de amor, que, en ocasiones, se distancia de su papel y otras se acerca a una madre suficientemente buena (Flesler, 2012).

La madre, independientemente de sus características que muestran una escala de tonalidades, propiciará ambivalencias concluyentes para el normal desarrollo del infante u obstaculizarán éste. Se ha puesto en entredicho que la madre es la encargada o responsable de la vida psíquica de su niño, si bien, dicho supuesto no ha podido ser sustentado, se le destaca constantemente el impacto que causa en la realidad social y psíquica de su hijo (Adams, 1982).

Para Winnicott (1958), los aportes maternos no son un factor determinante en la salud del psiquismo del infante, su deseo la convertirá en la madre suficientemente buena, haciéndola sucumbir en el engaño de la madre real. Su conocimiento inconsciente de las demandas externas se encuentra a expensas de la cultura y tiempo en el que se encuentra, no asegurando una crianza esperada de acuerdo con el mundo que la rodea. En la otra cara de la moneda identifica a la devota madre común o a cualquier persona que se encargue de su cuidado, considerándolas con reservas para no culpabilizarlas, porque posibilitan en algunas ocasiones el desarrollo de patologías o el impulso hacia la normalidad.

En todo este pasaje de tipos de madre se establece a la llamada por Green (1980,). *“madre muerta”*, refiriéndose no a su muerte real, sino a su muerte psíquica, es decir una madre con una depresión severa que continua con vida, pero en la imago formada

por el pequeño la convierte en un ser inanimado, dejando de ser la fuente de vida, viviendo una prematura pérdida del objeto de amor. Como bien sabemos las perturbaciones en la diada madre e hijo obstaculizan su desarrollo, aunque afecta todavía más la ausencia de éstas, se empobrecen en algunos momentos los cuidados maternos, lo que incita a una desestructuración psíquica en el infante. Acontece una desinvestidura abrupta hacia el bebé que deja rastros en el inconsciente que dará como resultado en el mejor de los casos la necesidad el revestimiento de los objetos, recayendo la dificultad en una agresividad que expresa y se libera, así como revelaciones de odio por el debilitamiento radical de dicha investidura de libido de tipo erótico.

Dicha depresión y desinvestidura ejecutada por la madre, en ocasiones, se debe en los casos de mayor gravedad por la muerte de un hijo en los primeros meses o años de vida, truncando al infante de recibir la vitalidad y amor que lo inundó en algún momento, el mayor problema radica en la mutación ulterior al tornarse frío, colocándolo en un punto de desastre y de desilusión antes de tiempo, al perder de manera radical el amor del objeto amado, sin poder dar el bebé una razón a lo sucedido (Green,1980).

Todo lo anterior produce defensas por la lucha contra tanta angustia, defensas que tienen como objetivo una estructuración no lograda y, por el contrario, provocan una pérdida del sentido. Dentro de estas defensas se encuentran la inconsciente identificación con la madre, que al volverse imposible el tener el objeto se mimetiza con él y ahora su finalidad será el del poseerlo. El pecho que brinda el placer y lo mantiene con vida se derrumba, posición que causa que el infante se deje morir por el impedimento de volcar su agresividad al exterior que destruye, se convierte en el responsable y emisario del malestar materno (Green,1980).

De igual manera, se libera un odio cuya meta será el de la venganza y dominio del objeto, el autoerotismo se transforma en un sadismo contra el órgano producto de placer sin piedad, disgregando a la psique del cuerpo (Green,1980).

### **3.4 Pulsión de muerte.**

La muerte es un tema del cual el ser humano muestra fuertes resistencias, por medio de la negación manifiesta la angustia que le representa la concepción de ésta. Respecto a la representación mental de la muerte, Freud (1926), alude la inexistencia en el inconsciente de algo que pudiese dar una connotación a la destrucción de la vida, no existe huella en el sujeto que de fe del sentirse muerto. Surgiendo la analogía que el miedo a morir es en realidad el miedo a ser castrado. Para Freud (1926), existe una carencia de imágenes inconscientes o conscientes de la muerte en el aparato psíquico que lograran describir o revelar la génesis del miedo a la muerte.

Por el contrario, para Melanie Klein (1935) en el inconsciente se encuentra el miedo al exterminio de la vida, siendo éste la fuente de la ansiedad que nunca es aniquilada, estando como un elemento persistente en todas las situaciones que representan angustia, vinculándose estrechamente con el miedo a la muerte. Es de ahí en donde sitúa al miedo como motivado en la pulsión de muerte.

Posteriormente Hanna Segal (1954) considera que el miedo a la destrucción de la vida es el encargado de representar psíquicamente la pulsión de muerte, dicho miedo emerge cuando el yo deja de sentirse amado, se siente odiado o desamparado frente a los peligros externos o internos. Este estado del yo permite explicar la carencia de la voluntad de vivir en ocasiones muy graves hasta llegar al suicidio.

La conceptualización ha sido motivo de controversia en el psicoanálisis, Freud (1920) introduce la pulsión de muerte dándole un giro primordial a la teoría pulsional, brindando a su vez una explicación a lo agresivo que se desarrolla en la vida psíquica, a lo cual se adjunta la autodestrucción y el sufrimiento del sujeto. Tánatos se opone a Eros, entendiéndose al primero como la necesidad primaria que guarda lo vivo a regresar a lo inanimado, predomina la desintegración de lo viviente. Por el contrario, el fin de Eros es instaurar la conservación e integración, fuerza que permite la movilidad y empuje necesario para que el ser vivo contrapesa la destrucción, actuando como sostén y desarrollo de la vida.

En las manifestaciones que Freud (1915) le otorga a la pulsión de muerte, sitúa la compulsión a la repetición como una de ellas, señalada por una tendencia básica y soberana para conseguir placer, está al servicio de la necesidad de la repetición a lo displacentero, siendo imposible hallar el deseo de satisfacción. La repetición se acompaña de la obtención de otro tipo de placer, más arcaica.

Estas manifestaciones pueden entenderse desde dos caminos diferentes, uno que se desprende hacia afuera del sujeto, llamada también pulsión de destrucción, y parte de ésta se fija en el interior hasta el instante que logra matarlo, no antes de que su libido se acabe por completo o quede desfavorablemente prendida; otra parte permanece en lo profundo del organismo y queda atada libidinalmente con la excitación sexual, siendo reconocido el masoquismo originario. Su ausencia o presencia será evidente solo cuando aparezca un excedente, ya que toda alteración en las pulsiones unidas con otras causan efectos indudables o evidentes. Por ejemplo, un exceso de agresividad de tipo sexual provoca que un enamorado se convierta en un sádico asesino, o bien, en la otra cara de la moneda está la baja significativa de la ya mencionada agresividad, transforma al sujeto en un ser impotente y tímido (Freud,1915).

La pulsión de muerte logra ser regulada por la libido, ligándola a objetos inofensivos, derivando la pulsión de destrucción hacia el exterior, si la pulsión de muerte predomina podría convertirse en una pulsión dominante, que se desploma contra los objetos externos (Freud,1915).

En el fondo de la pulsión de muerte de igual manera se encuentra el sentimiento de culpa, que lleva al sujeto a una necesidad inconsciente de castigo, operando de forma preponderante el Superyó, volcándose la agresión hacia sí mismo. La tracción que se suscita entre las instancias psíquicas es de donde resulta el sentimiento de culpa, en otras palabras, la culpa es el producto del conflicto intrapsíquico (Freud, 1915).

### **3.5 Culpa, envidia y ambivalencia.**

Para hablar de la culpa y ambivalencia, es sustancial abordar sus orígenes que yacen en la fantasía. Desde la mirada kleiniana (Segal, 1954), la fantasía inconsciente

es la manifestación que se crea en la mente por los instintos desde el inicio de los primeros meses de vida. Dichos instintos son, por excelencia, buscadores de objetos convenientes que satisfagan desde los primeros meses, el deseo de comer, que, al ser traducido a la fantasía, es el pecho el que brinda dicha necesidad y sacia dicho deseo, lo que Freud (1900) consideró cuando la alucinación de los deseos se realiza.

El bebé al dormirse fantasea con tener el pecho dador de leche dentro de él; cuando se encuentra hambriento, patalea y grita, llevándolo su furia a imaginar que ataca a ese mismo pecho al punto de la catástrofe que, de igual manera, lo desgarrar, lo que provoca una autoagresión persecutoria, siendo desencadenante de dos posiciones en el bebé, la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva, propias del desarrollo, en concreto pertenecientes a la etapa oral (Klein, 1935).

La posición esquizo-paranoide se caracteriza por presentarse como primera fase, estableciéndose una relación con objetos parciales. Al contar el bebé desde su nacimiento con un yo inexperto y una exposición a la ansiedad que es motivada por el conflicto inminente entre el instinto de vida y el de muerte, transformándose este último en agresión, dando como resultado una escisión del yo que coloca en el pecho. De esta manera la fuente de placer se convierte en un depositario del instinto de muerte, negativo y amenazante que genera un fuerte sentimiento de persecución, fulminando el miedo por la muerte e intercambiándolo por el miedo a ser perseguido. Al mismo tiempo, se instaura una relación con el objeto ideal, que proyecta en contraparte la libido, con el objetivo de instituir un objeto, fuente de satisfacción de los impulsos del yo, es decir, el objeto primario que es el pecho, se encuentra dividido en dos partes: el persecutorio y el ideal, conformándose éste último por las vivencias gratificantes de la madre, mientras que el pecho persecutorio pasa a ser el representante del dolor que le provoca la frustración o la privación del placer, que funda el miedo a ser exterminado; de este modo es como nace la ambivalencia. El bebé desarrollará de manera próspera la posición esquizo-paranoide si imperan las experiencias favorables ante las negativas, tanto externas como internas (Segal, 1954).

Otro factor que merma las primeras experiencias del bebé es la envidia, que en sus inicios Freud (1931) la consideró direccionada a la envidia del pene; posteriormente, Klein (1935) la retomó como la envidia se crea del bebé hacia el primer objeto primario diferenciándola de los celos. Ya que los celos parten del amor y su finalidad es tener a la madre y dejar fuera al rival que, generalmente, es el padre. En la envidia, el sujeto desea del objeto alguna cualidad que él no tiene, específicamente es el de la fuente de placer, que hace que permanezca vivo, lo que ocasiona el deseo de destruirlo, empapado del deseo mortífero. Cuando la envidia invade en demasía, detona en una desesperación, al no poder encontrar un objeto ideal debido al que el otro fue liquidado, se pierde la esperanza del recibimiento de amor y auxilio alguno. Los objetos devastados estallan en un sentimiento de persecución que se convierte en culpa. Por lo tanto, la culpa se genera dolorosamente al reconocer el daño al objeto de amor.

Desde el inicio de la vida existe una predisposición a la integración y, de igual manera, a la escisión, en el momento que los procesos que promueven la integración se estabilizan, inicia la posición depresiva, que es resultado del paso por la posición esquizo-paranoide de manera favorable (Klein, 1935).

En la posición depresiva se reconoce al objeto de forma total, relacionándose el bebé con su madre y reconociéndola. Primeramente, se da cuenta de que sus experiencias buenas y malas no dependen del pecho bueno o malo, sino que provienen de un mismo ser que es su progenitora, abriendo su panorama a una gama de vivencias nuevas. El distinguir a la madre como objeto total le permite al bebé acordarse de las gratificaciones de una manera más clara, reconociendo que es a quien ama y odia, lo que origina un conflicto ambivalente. Esta ambivalencia propicia ansiedades, siendo la razón primordial la fantasía de la destrucción parcial o total que pudo haber ocasionado al objeto primario. Entre el recuerdo del bebé de amar a su madre y haberla devorado sin piedad hasta destrozarla en pedazos, se encuentran los sentimientos de pérdida y culpa, no lograr una reparación exitosa conduce a la experiencia del fracaso, disminuyendo su omnipotencia de la fantasía de sus impulsos destructivos. El dolor que se vive durante dicha posición conforma el sustento de la

creatividad y sublimación (Klein, 1935). Puesto que la sublimación es el efecto de la renuncia que se lleva con éxito a un instinto (Freud, 1923).

Entre más vivencias de duelo y reparación tenga el bebé, su yo será beneficiado con los objetos que va haciendo parte de él, acrecentando su autoconfianza para la conservación o su conservación de objetos favorables. Es fundamental mencionar que la posición depresiva se construye parcialmente, debido a que perduran las ansiedades vinculadas con la ambivalencia y la culpa que reviven situaciones depresivas. Los objetos del exterior positivos son representantes del objeto primario bueno, de tal manera que el perderlo fecunda la ansiedad por el sentimiento de pérdida del objeto interno (Segal, 1954).

### **3.6 Duelo, melancolía y depresión.**

Para hablar de depresión es necesario considerar al duelo y la melancolía, ya que constituyen a dicho trastorno tan utilizado en la actualidad. En primer plano se encuentra el duelo, que es aquella reacción presente ante la pérdida de algún objeto amado, acompañado de comportamientos que salen de la normalidad, con fuertes matices de dolor, que a lo largo del tiempo se valora será superado. El duelo denominado como normal traspasa la falta de la persona amada, permaneciendo el desgaste de la energía del yo (Freud, 1917).

La sociedad en general les otorga un lugar a los ritos, el duelo es fijado por medio de rituales, asociados a cambios en la vida diaria, tal es el caso de ceremonias, conductas representantes de tristeza, aunque no siempre es un proceso llevado o manifestado por todos, considerando que la pérdida no siempre es por muerte, sino también por separaciones físicas y psíquicas (Freud, 1917).

Por otro lado, se encuentra la melancolía, que a diferencia del duelo en el cual se le llora a la pérdida o muerte, en ésta se muere con el objeto amado (Leader, 2008). La melancolía se distingue por un dolor exacerbado, en donde se pierde el interés por el mundo externo y por el deseo de amar, los autorreproches y autodenigraciones salen a la luz de forma punitiva. Quizás la persona amada no está muerta, pero fue extraviada como el objeto amado, no estando consciente el sujeto de lo que

exactamente perdió; es decir, es de su conocimiento a quien perdió, pero no de lo que ya no está, por lo que se contempla que la pérdida se encuentra en el inconsciente, con un serio desgaste en el yo que poco a poco es devorado al perder el respeto por sí mismo (Freud, 1917).

A partir de una perspectiva kleiniana al hablar de depresión, primeramente, se denomina una ansiedad depresiva, provocada por la pericia de que la agresión propia arruine o haya destruido totalmente al objeto apreciado como bueno. Se genera en lo que se contempla como posición depresiva, desde este mismo enfoque la depresión es pensada como aquel estado de ánimo en que se viven total o parcialmente sentimientos dolorosos, que puede ser una respuesta normal frente a la pérdida o patológica cuando es de prototipo psicótico (Segal, 1954).

Actualmente, la depresión es una enfermedad genuina, compuesta de características biológicas específicas, como por ejemplo dificultades con el sueño, ya sea excesivo o carencia de éste, falta de apetito y disminución de la energía. La sintomatología anterior es interpretada a través de las emociones, es importante destacar que la cultura influirá en sus manifestaciones. En ocasiones la baja de la libido se considera como tristeza o culpa (Leader, 2008).

Otra visión de la depresión es aquella que la vislumbra como producto de cambios que ha sufrido la sociedad. Los sujetos pierden la conexión con grupos de la que forman parte, lo que les genera un sentimiento de empobrecimiento y soledad. En función de la perspectiva social, la depresión es causada por motivos sociales que ejercen presión en las personas, que detonan en afectaciones en el cuerpo con réplicas biológicas (Leader, 2008).

Diversos psicoanalistas visualizan a la depresión como una manera de resistencia, a lo que antes se consideraba como histeria, en relación con la negación a la forma de vivir a la autoridad y superioridad. Historiadores del psicoanálisis y la psiquiatría, concuerdan en que la depresión es una creación clínica atribuida a una serie de factores desarrollados en la mitad del siglo XX, por la necesidad de englobar problemáticas psicológicas como diversas dificultades relacionadas con la salud,

considerando que se dejó en segundo plano los dispositivos inconscientes que llevaron al sujeto a desarrollar dicho malestar (Leader, 2008).

La literatura psicoanalítica refiere que en la clínica el paciente es el experto sobre sus síntomas, donde será ineludible el analizar su vida mental inconsciente. Lo importante es reconocer lo que se está expresando a través de los síntomas, dejando a un lado los parámetros sociales. Los orígenes darán cabida para favorecer su entendimiento, en un proceso que podría ser doloroso e impredecible. El duelo y la melancolía permiten visualizar a la depresión desde distintos ángulos y promover la cura que es la finalidad del análisis (Leader, 2008).

En la adolescencia el joven depresivo es vulnerable a lo que pueda ser amenazador para cubrir su necesidad de dependencia y coloque a su autoestima en peligro. Dentro de los elementos amenazantes se encuentran la pérdida de amor imaginaria o real, frustraciones personales y fracasos económicos. Los adolescentes deprimidos, en muchas ocasiones, son parte de familias que presentan rasgos depresivos, lo que significa que hay componentes transgeneracionales que influyen en la raíz del desarrollo depresivo. Otros mecanismos que determinan las fuerzas depresivas son las experiencias vividas en los años previos a la adolescencia, desde el nacimiento, como insuficiencias afectivas y/o rechazo de los padres, pérdida fantaseada o real de alguno de éstos y depresión de la madre antes, durante o posterior al parto (Frazier & Carr, 1976).

## Método

### Planteamiento del problema.

El suicidio es un acto de autodestrucción en el cual el sujeto vuelca su agresión contra sí mismo de forma brutal, hasta llevarlo a la muerte, impactando en su entorno cercano y en la sociedad en general. Aunque dicho fenómeno ha sido abordado desde distintos ángulos, como el sociocultural, intrapsíquico, y de salud mental, todos estos coinciden que es una problemática digna para ser considerada motivo de estudio a profundidad.

El pensar en las motivaciones que repercuten en que las personas se quiten la vida es importante, primeramente, considerar las siguientes interrogantes: ¿El suicidio es sólo un acto impulsivo al que recurren los adolescentes al no encontrar otra salida ante la pérdida del objeto amado? ¿Problemáticas similares en los adolescentes son génesis de la ideación o fantasías suicidas? ¿Los factores negativos del entorno orillan al adolescente para atentar contra su vida? ¿Los trastornos son la única causa de suicidio en los adolescentes? ¿Qué impide que el adolescente no sublime dichas motivaciones de autodestrucción? ¿La familia influye en el riesgo suicida?

Estas y muchas más interrogantes yacen dentro de las investigaciones y estudios realizados que giran en torno del suicidio. Partiendo de los datos estadísticos de muertes en adolescentes a causa de dicho fenómeno se registra por parte del INEGI, (2016), que el número de suicidios es de 5.1 por cada 100 000 habitantes, donde 8 de cada 10 suicidios son de personas del sexo masculino. Acerca de la edad, en los jóvenes se registran las tasas más altas entre los 20 a 29 años, siendo las principales causas los problemas familiares, la depresión y el abuso de alcohol y drogas.

De igual manera, en el 2016 el análisis de las tasas de suicidios en adolescentes por grupo de edad y sexo indica que las tasas más altas en los varones son de los 20 a 24 años a diferencia que, en las mujeres, que es de los 15 a 19 años (INEGI, 2016).

Por otro lado, los medios empleados más comunes para la realización del acto suicida en varones es el ahorcamiento y disparo con arma de fuego; mientras que en las mujeres también es el ahorcamiento, la diferencia radica en el segundo método al

que más recurrieron ellas que fue el envenenamiento (por plaguicidas, químicos, drogas, medicamentos y otras sustancias) (INEGI, 2016).

La Organización Mundial de la salud (OMS) en el 2014 reconoce que el suicidio es una problemática grave de la salud pública, siendo los efectos que provoca en la familia, los amigos y la sociedad, que permanecen tiempo después de la pérdida.

La conducta suicida en la adolescencia ha sido a lo largo del tiempo estudiada, los autores interesados en el tema han encontrado factores que impactan en el riesgo de suicidio, entre ellos están: exposición a situaciones familiares adversas, falta de comunicación y confianza con los padres, baja tasa de supervisión de la madre, problemas de cohesión familiar, la vivencia de que sus familiares no comparten juntos su tiempo libre, no tener con quien contar en situaciones difíciles, sentimientos de soledad, tristeza, depresión y baja autoestima. De forma contraria, se han encontrado factores que influyen en que los adolescentes no desarrollen pensamientos suicidas tales como: la buena relación con la familia, apoyo y atención de ésta en particular de la madre (Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez & Salvador, 2011; Palacios & Andrade, 2008; Rivera & Andrade, 2006; Salvo & Melipillán, 2008; Santos, Ferrera, González, Viñas & Mauriset, 1997).

Dentro de la investigación sobre el suicidio es de suma importancia tomar en cuenta la ideación suicida, debido a que ésta se inicia con pensamientos o ideas vinculadas con acabar con la vida. La ideación suicida es conceptualizada como aquellos deseos y planeación de ejecutar suicidio, sin la realización de un intento suicida últimamente (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Por lo anterior se expone en diversos estudios que la ideación tiene un estrecho vínculo con el intento y, a su vez, con el acto suicida consumado (Goodwin, Beautrais & Fergusson, 2004).

Algunos de los factores de riesgo que repercuten en la ideación suicida, que diferentes autores investigaron, son: la relación de los adolescentes con sus padres, la depresión, baja autoestima y vivencias negativas (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Feliz, Bermúdez & Amador, 2002).

Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) demostraron que los jóvenes que presentan depresión grave consideran que sus madres practican un control psicológico severo, lo que resulta negativo en su desarrollo. De igual manera, se encontró que los problemas de comunicación y la sensación de la falta de interés del padre, influían en la sintomatología depresiva (Estévez, Herrero, & Musitu, 2005).

Por el contrario, existen factores protectores para enfrentar el riesgo de suicidio; entre los mencionados, se encuentran la presencia de padres afectuosos, con los cuales los adolescentes tienen una buena comunicación (Oliva, 2006). Rodrigo, Márquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez, & Martín (2004), reconocieron que la comunicación, la presencia de los padres, así como su apoyo positivo benefician que los estilos de vida de sus hijos sean sanos.

García (2005) menciona que, en el desarrollo emocional y psicológico de los adolescentes, que los padres se muestren afectuosos favorece su independencia y confianza; en cambio, cuando existe ausencia, rechazo o falta de afecto de éstos hacia sus hijos suelen presentarse problemáticas con la salud mental que, en ocasiones, si no son tratados perduran a lo largo del tiempo.

Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo & Ochoa (2013), con el objetivo de analizar la asociación entre la ideación suicida y los estilos parentales en adolescentes de ambos sexos en alumnos de preparatoria pública perteneciente a la Universidad de Colima, encontraron con respecto a los estilos paternos y la ideación suicida en varones y mujeres, una relación negativa significativa entre la ideación suicida y el afecto/comunicación.

Respecto a la asociación entre control psicológico y el afecto materno, en las mujeres se detectó una correlación negativa entre ideas suicidas y afecto, en el control psicológico existió una relación positiva, ambas significativas; a diferencia de los hombres, que mostró una correlación negativa significativa solo en afecto, pero no en control psicológico (Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo & Ochoa, 2013).

En los modelos de las variables predictoras, realizado en el estudio mencionado, se evidenció que en las jóvenes las variables principales que predicen la ideación

suicida son el control psicológico y el afecto materno, así como la comunicación paterna.

La familia al jugar un papel sumamente importante en el desarrollo de los adolescentes causó interés en Valadez, Amezcua, Quintanilla & González (2005) quienes ahondaron en las dimensiones familiares y el intento suicida en estudiantes de Guadalajara, Jalisco, resultando una fuerte relación entre comunicación inadecuada, manifestaciones de afecto insuficientes e intentos suicidas en sus hijos.

En una investigación realizada en Cuba por Hernández, Rebutillo, Danauy y Bess (1999) realizaron comparaciones en 44 entornos familiares con pacientes hospitalizados por riesgo de suicidio con un grupo control constituido por el mismo número de entornos familiares con pacientes no hospitalizados; se dieron cuenta que en el grupo experimental existía una alta disfuncionalidad familiar y ausencia del padre, lo cual como factores de riesgo.

Por otra parte, Mondragón, Borges & Gutiérrez (2001) mostraron en sus investigaciones que las ideas suicidas son un síntoma que representan un conflicto interno, que se relaciona con la desesperanza y la depresión, lo que origina diversos modelos explicativos integrados en dos direcciones. La primera hacia factores intrapsíquicos, y la segunda direccionada a factores psicosociales.

Se ha visto también que la ideación suicida, la depresión y el involucramiento afectivo funcional guardan una correlación negativa; el involucramiento afectivo funcional implica interés y empatía por parte de los padres, en contra parte, el involucramiento disfuncional implica ausencia de éste, relaciones carentes de afecto, involucramiento narcisista y simbiosis (Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Languinrichsen & Lann, 1991).

Richman (1979) menciona que el incremento de riesgo suicida en familias con simbiosis y sin empatía, en las cuales hay escasa o nula individuación y excesivo apego, impacta en un interés patológico en el "otro", que ocasionan relaciones intensas donde resulta complejo el establecimiento de límites que diferencien a un sujeto del otro.

Diversos casos de adolescentes analizados en la clínica, que presentaron riesgo suicida muestran coincidencias con dispositivos particulares maternos que envuelven y detonan los actos latentes de autodestrucción. Entre los cuales se encuentra el caso de un adolescente de 16 años cuyo motivo de consulta es el presentar comportamientos agresivos hacia la madre y actos autoagresivos, en el trabajo terapéutico se identificó el deseo de ya no vivir para encontrar paz y tranquilidad que refiere no haber tenido antes. La madre se encuentra preocupada, pero rechaza la presencia de su hijo dentro de casa. Las sesiones con el paciente, la entrevista con la madre y la supervisión de casos concuerdan en que existe un control excesivo y ambivalente por parte de su progenitora, ya que desde pequeño le fueron impuestas las actividades a realizar, forma de pensar, actuar, generándole odio hacia el padre por el abandono que sufrió ella y a su vez culpa por defenderse de la intrusión vivida, incluso, en espacios terapéuticos previos. La ambivalencia de ambos radica constantemente en las muestras de cariño y, por otro lado, de odio, como cuando el chico se rompió la mano para no lastimar al objeto amado; y la madre por su preocupación constante del cambio de comportamiento de su hijo que deduce fue por el divorcio, aunque por otro parte tiene muy pocas demostraciones de afecto hacia éste, ignorando en varias ocasiones lo que siente o piensa. En las últimas sesiones el adolescente comenta querer quitarse el brazo con el cual deseaba golpear a la madre.

Otro caso es el de una adolescente de 17 años que acude a terapia acompañada por su madre debido a que se corta desde hace 2 años. Desde los primeros años de vida, la mamá tuvo que trabajar por falta de dinero en casa, mostrándose distante con la paciente y cuando lograban comunicarse externaba descalificaciones hacia su cuerpo, en específico sobre su peso. La madre comenta durante la entrevista que no pudo darle la atención necesaria a la paciente como a sus otras hermanas porque en ese momento estaba atravesando por la infidelidad de su esposo, lo que provocó que las descargas de coraje y de inseguridad se desplazaran hacia la chica, continuamente le revisaba su celular, observando las conversaciones que tenía con compañeros, de lo cual surgían reclamos y castigos. La paciente mostraba culpa por los problemas entre sus padres, los enojos que tenía su mamá por su comportamiento y, sobre todo, por el no poder cuidar a sus hermanas como le había sido encomendado

por su progenitora, lo que la llevaba a no sentirse merecedora de ningún tipo de atención o muestra de cariño, recayendo en cortes que anhelaba alguno de éstos fuera letal para pagar su “mal comportamiento”

Así como también, está el caso de un joven de 18 años que se presenta en compañía de su tío materno por haber robado en 3 ocasiones a su abuela y por haber sido encontrado en el borde del barandal de su escuela. A lo largo de las sesiones el adolescente mostró sus dibujos y escritos que hacía, enfocados a ser empalado, herido o matado, en sus palabras prevalecía el sentimiento de abandono, búsqueda de sentido a su vida y esperanza de encontrar a alguien que lo salvara. Después de 2 meses en insistir en que la madre se presentara para realizar la entrevista y obtener datos relevantes de su hijo, comentó que le costaba trabajo quererlo desde que era un bebé y, por la misma razón, tener demostraciones afectuosas con él porque era muy parecido a su esposo el cual había fallecido poco tiempo después del nacimiento del paciente. El paciente constantemente demandaba los permisos para salir ya que eran escasos, así como atención de su familia, así como surgía el reclamo de que no debió de haber nacido. Al indagar con la madre sobre los límites y salidas, aludió que las tenía restringidas, que cuando salía, que era cada tres meses, el chico tenía que mandarle su ubicación, comunicarla con los amigos con quienes se encontraba y, sobre todo, antes de salir dibujarle su ruta y los lugares a los cuales iría, dando razón para lo anterior la delincuencia que se vive actualmente.

Así como las investigaciones cuantitativas arrojan resultados que resaltan la importancia del papel de la madre dentro de la vida del adolescente, los casos analizados cualitativamente muestran la relevancia de que se entrevea la influencia de ésta en el riesgo suicida de sus hijos. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué componentes maternos influyen en el riesgo de suicidio en los adolescentes?

Una respuesta posible y de forma parcial comprobable, a partir de las investigaciones mencionadas, es la siguiente:

Supuesto: El control psicológico es un factor que impacta y predice en el riesgo suicida en los adolescentes.

### **Objetivo general.**

Determinar el nivel de predicción del control psicológico materno en el riesgo suicida de los adolescentes.

### **Objetivos específicos.**

Determinar factores personales (edad, sexo) que impactan en el riesgo de suicidio de los adolescentes.

Determinar componentes maternos que influyen en el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Analizar la relación entre el control psicológico materno y el riesgo de suicidio en los adolescentes.

### **Hipótesis.**

H<sub>1</sub>: Existe una correlación positiva significativa entre el control psicológico materno y el riesgo de suicidio en los adolescentes.

H<sub>2</sub>: Existe una correlación negativa significativa entre la comunicación, control conductual y la autonomía materna con el riesgo de suicidio en los adolescentes.

H<sub>3</sub>: El control psicológico materno es un predictor del riesgo suicida en los adolescentes.

H<sub>01</sub>: No existe una correlación positiva significativa entre el control psicológico materno y el riesgo de suicidio en los adolescentes.

H<sub>02</sub>: No existe una correlación negativa significativa entre la comunicación, control conductual y la autonomía materna con el riesgo de suicidio en los adolescentes.

H<sub>03</sub>: El control psicológico materno no es un predictor del riesgo suicida en los adolescentes.

### **Tipo de estudio.**

El presente estudio siguió la metodología mixta, con el objetivo de lograr un mayor entendimiento en el estudio del control psicológico materno y el riesgo de suicidio: Se utilizó para la recolección y análisis de los datos tanto el enfoque cuantitativo como el cualitativo, así como para la discusión de los resultados, como principal herramienta cuantitativa se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial, con la finalidad de comprobar las hipótesis generadas a partir de la revisión de la literatura, así como de investigaciones previas. Los instrumentos de medición que se utilizaron contaron con la validez y confiabilidad requerida (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El alcance del presente estudio es descriptivo-correlacional, arrojó resultados que permitieron, inicialmente, describir variables sociodemográficas, como edad, sexo de los participantes, importantes para la investigación. Es correlacional porque su objetivo fue analizar la relación entre las prácticas maternas y el riesgo de suicidio en los adolescentes, obteniendo de esta correlación direccionalidad e intensidad entre las variables, con el objetivo de analizar el impacto de éstas en el factor de riesgo ya mencionado.

Respecto a la metodología cualitativa se trabajó bajo el diseño narrativo, a través del análisis del discurso de tres adolescentes con los cuales se realizó trabajo terapéutico. Los casos fueron seleccionados por sus características a fines con el fenómeno estudiado. La conjugación de los dos enfoques favoreció el estudio del tema a profundidad.

### **Diseño metodológico.**

Con la finalidad de comprobar las hipótesis del presente estudio se eligió una muestra de 518 jóvenes, de los cuales 350 fueron hombres y 168 mujeres, a quienes se les aplicaron instrumentos que miden prácticas parentales y riesgo de suicidio. El primero de éstos fue Prácticas Parentales (PP-A), compuesto por una escala que mide

la percepción que tienen los adolescentes respecto a las conductas de sus padres; en la presente investigación se tomó en cuenta la percepción de los comportamientos solamente de la madre. El instrumento que midió el riesgo de suicidio fue el Inventario de Riesgo de Suicidio (IRIS). Posteriormente se detallan los instrumentos utilizados.

Para comprobar o refutar los supuestos, los datos obtenidos fueron sometidos a diversos análisis estadísticos, en específico análisis correlacional que permitió identificar la relación existente entre ambas variables, así como de regresión lineal para evaluar el impacto de predicción del control psicológico sobre el riesgo de suicidio en los adolescentes.

### **Definición de las variables.**

Control psicológico: Práctica parental negativa que inhibe el desarrollo psicológico, individualidad y autonomía del adolescente (Barber, 1996), los progenitores manipulan los sentimientos, emociones, formas de pensar y opiniones de sus hijos a través de las críticas, devaluación e inducción de la culpa (Andrade & Betancourt, 2008).

Riesgo de suicidio: Factor de peligro en donde el sujeto pudiera atentar contra su vida. Acción mortífera volcada hacia sí mismo. La definición fue construida a partir de las investigaciones mencionadas previamente.

### **Instrumentos de medición.**

La medición fue realizada con dos instrumentos:

Prácticas Parentales (PP-A), mide la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. El instrumento evalúa las prácticas parentales hacia el papá y la mamá. En el caso del padre: comunicación y control conductual paterno, autonomía paterna, imposición paterna y control psicológico paterno; con respecto a la madre, las dimensiones se componen por: comunicación materna, autonomía materna, imposición materna, control psicológico materno y control conductual materno. Es una prueba auto aplicable que consta de 80 reactivos (40 para cada uno de los padres) con cuatro opciones de respuesta: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre, con un escalamiento tipo Likert. Su validez se obtuvo

mediante un análisis factorial exploratorio y la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach el cual es de  $\alpha = 0.88$ . El alfa de Cronbach por dimensión es de: Comunicación materna  $\alpha = 0.92$ , autonomía materna  $\alpha = 0.86$ , imposición materna  $\alpha = 0.81$ , control psicológico materno  $\alpha = 0.80$ , control conductual materno  $\alpha = 0.84$ , comunicación y control conductual paterno  $\alpha = 0.97$ , autonomía paterna  $\alpha = 0.94$ , imposición paterna  $\alpha = 0.90$  y control psicológico paterno  $\alpha = 0.90$  (Andrade & Betancourt, 2008). En este caso solo se utilizarán los resultados de las prácticas maternas.

Inventario de Riesgo de Suicidio (IRIS) para adolescentes tiene como propósito el identificar a los jóvenes que se encuentran riesgo de suicidio alto, medio, o bajo (Kirk, 1993). El IRIS tiene dos versiones: su primera versión es un cuestionario de 75 reactivos que estudia las áreas de ideación, planeación e intención suicida, satisfacción en la vida. El inventario en esta versión de uso clínico se compone de dos apartados: el primero de 40 reactivos tipo Likert y el segundo de 35 reactivos dicotómicos. El tiempo promedio de aplicación es de 15 minutos. La segunda versión que es la que se utilizó en esta investigación, consta de 50 reactivos con escalamiento tipo Likert con 5 opciones de respuesta (Todo este tiempo, casi siempre, algunas veces, rara vez, no, nunca). Existen ítems positivos y negativos que miden la ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión, satisfacción en la vida y dificultades en la escuela e interpersonales. Fue validada con 555 estudiantes ( $x = 13.3$ ,  $DE = 0.85$ ), con un alfa de Cronbach de .95. Este instrumento tuvo una validez de criterio convergente con la Escala de Beck de Ideación Suicida (González, Díaz & Ortiz, 2000) y la subescala de ideación del MMPI-A. En relación con la validez concurrente de tipo convergente se utilizó el instrumento Sucesos de vida para adolescentes (Lucio & Durán, 2003), los resultados fueron satisfactorios. La versión utilizada fue la versión para investigación de Hernández & Lucio (2003)

### **Muestra y escenario**

La muestra fue no probabilística, estuvo compuesta por 518 adolescentes del turno vespertino, de 14 a 23 años de edad (mujeres y hombres), la participación fue de forma

voluntaria, el estudio se efectuó en un “Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica” (CONALEP), ubicado en el Estado de México, se abarcó a los tres grados que conforman la escuela.

### **Procedimiento**

Se utilizaron los instrumentos Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008) y el Inventario de Riesgo de Suicidio para adolescentes (IRIS) a manera de autorreporte y en una sola aplicación en los salones de clase. Con anticipación se les proporcionó a los padres de los participantes un consentimiento informado para su llenado con fines éticos y de confidencialidad de datos, ya que la muestra estuvo conformada mayoritariamente por menores de edad (Sanz, García & Fortún, 2012).

### **Análisis de datos.**

El análisis, al igual que el vaciado, de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS v21, a partir del cual se generaron los análisis descriptivos de los datos, en específico la media aritmética para la edad y la desviación estándar que sirvió para observar la variabilidad de los datos. Acerca de la correlación de las variables fue usado el coeficiente de correlación de Spearman y la comparación de grupos (hombres y mujeres) a través de la prueba t de student para muestras independientes. Para identificar al control psicológico como predictor del riesgo suicida se empleó el estadístico de regresión lineal.

### **Consideraciones éticas.**

Para la realización del presente estudio se tomaron en cuenta los principios y las normas plasmadas en el Código Ético del Psicólogo (2017). Primeramente, se actuó con respeto a los derechos y a la dignidad de los participantes, se salvaguardó el bienestar y se evitó el daño de éstos, se procedió por medio de métodos y procedimientos éticos. La investigación fue conducida de manera ética, los voluntarios fueron informados del procedimiento que se llevó a cabo utilizando un lenguaje entendible, se mantuvo la confidencialidad de los datos a partir de medidas pertinentes para proteger los registros electrónicos, la información confidencial de la escuela y personas que la conforman. Con respecto a este apartado, es importante resaltar que se obtuvo un consentimiento informado de la escuela de quienes se pidió su

autorización verbal, los participantes mayores de edad autorizaron de forma escrita su participación. Solo participaron los adolescentes de los cuales se tuvo su autorización para colaborar, la cual fue documentada de manera apropiada, donde se les informó la naturaleza del estudio, explicándoles que tenían la libertad de participar o no. Se utilizaron instrumentos estandarizados y vigentes con el fin de que los resultados fuesen confiables.

## Resultados

En el presente estudio participaron de forma voluntaria 518 estudiantes de los cuales el 73% vivía con ambos progenitores, el 18% con la madre, el 4% con el padre y 5% con ninguno de los dos. El rango de edad fue de 14 a 23 años ( $R = 9$ ), la media general de edad fue de 16.01 años ( $DE = 1.14$ ). El 32% de la muestra fueron mujeres y el 68% hombres.

De igual manera, se calculó la confiabilidad de los instrumentos de Medición utilizados en relación con la presente muestra de estudio. En el caso de la Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes el alfa de Cronbach total fue de  $\alpha = 0.947$  y por cada dimensión se obtuvieron los siguientes valores: comunicación materna  $\alpha = 0.926$ , autonomía materna  $\alpha = 0.862$ , imposición materna  $\alpha = 0.815$ , control psicológico materno  $\alpha = 0.849$ , y control conductual materno  $\alpha = 0.838$  (Andrade & Betancourt, 2008). En el IRIS (Inventario de Riesgo de Suicidio) su fiabilidad total fue de  $\alpha = 0.942$ . Los resultados de confiabilidad de las dimensiones se muestran en la Tabla 1, las cuales fueron mayores de  $\alpha = 0.70$ .

**Tabla 1**

*Confiabilidad de dimensiones del IRIS (Inventario de Riesgo de Suicidio)*

Dimensión	Ítems que la conforman	Confiabilidad de la dimensión
Ideación e intencionalidad suicida	6, 10, 11, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 47, 49, 50.	$\alpha = 0.870$
Desesperanza y depresión	8, 12, 16, 17, 20, 23, 30, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 48.	$\alpha = 0.905$
Satisfacción de la vida	1, 3, 5, 7, 9, 18, 31.	$\alpha = 0.766$
Dificultades en la escuela e interpersonales	2, 4, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 35, 39, 41, 46.	$\alpha = 0.750$

La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos de la correlación entre prácticas parentales maternas y los niveles de riesgo de suicidio. Se observa que existen correlaciones significativas considerando un nivel de significancia de 0.01 entre riesgo de suicidio y comunicación, autonomía, imposición, control psicológico y control conductual materno. La correlación entre comunicación, control conductual y autonomía materna con los niveles de riesgo de suicidio son correlaciones significativas negativas, lo que indica que entre mayor comunicación, control conductual y autonomía materna será menor el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Por el contrario, se obtuvo una correlación positiva significativa ( $p = 0.01$ ) media y baja entre control psicológico, imposición materna y riesgo de suicidio; en otras palabras, a mayor control psicológico e imposición ejercidos por la madre, mayor será el riesgo de suicidio en los jóvenes.

**Tabla 2**

*Correlación entre prácticas maternas y riesgo de suicidio.*

	Riesgo de Suicidio
Comunicación materna	-.375**
Autonomía materna	-.395**
Imposición materna	.194**
Control psicológico materno	.406**
Control conductual materno	-.318**

\*\* $p < 0.01$

La Tabla 3 presenta los resultados obtenidos sobre la correlación entre prácticas parentales maternas y las dimensiones de riesgo de suicidio. Se hallaron correlaciones significativas a un nivel de significancia de 0.01, excepto entre imposición materna y satisfacción en la vida, ya que no existe correlación entre ambas. Las correlaciones de comunicación, autonomía y control conductual materno, con las dimensiones de riesgo de suicidio (ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión,

satisfacción de la vida y dificultades en la escuela e interpersonales) fueron significativas negativas bajas y medias. En otras palabras, entre mayor comunicación, autonomía y control conductual materno, menores serán los niveles de ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión, satisfacción de la vida, la cual es una escala con puntuación inversa y dificultades en la escuela e interpersonales.

En cambio, se presentaron correlaciones positivas significativas bajas y medias entre la imposición, el control psicológico materno con la ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión, satisfacción de la vida y dificultades en la escuela e interpersonales, exclusive entre imposición y satisfacción de la vida en donde no se muestra correlación.

**Tabla 3**

*Correlación entre prácticas maternas y dimensiones de riesgo de suicidio.*

	Ideación e intencionalidad suicida	Desesperanza y depresión	Satisfacción en la vida	Dificultades en la escuela e interpersonales
Comunicación materna	-.280**	-.301**	-.555**	-.261**
Autonomía materna	-.316**	-.314**	-.538**	-.268**
Imposición materna	.220**	.178**	.052	.163**
Control psicológico materno	.387**	.371**	.261**	.331**
Control conductual materno	-.237**	-.250**	-.437**	-.257**

\*\*p < 0.01

Por otro lado, se analizó la relación entre la variable sociodemográfica “con quien vives” y las dimensiones del riesgo de suicidio (ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión, satisfacción de la vida y dificultades en la escuela e interpersonales). Como se muestra en la tabla 4, se obtuvieron correlaciones significativas entre las dimensiones del riesgo de suicidio en los adolescentes y el con quien viven. La variable con quien vives se dividió en ambos padres, madre, padre, otros.

**Tabla 4**

*Correlación entre dimensiones de riesgo de suicidio y con quien viven los adolescentes.*

	Con quién vives
Ideación e intencionalidad suicida	.160**
Desesperanza y depresión	.138**
Satisfacción en la vida	.127**
Dificultades en la escuela e interpersonales	.122**

\*\*p < 0.01

También se indagó sobre las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las dimensiones de riesgo de suicidio (ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión, satisfacción de la vida, y dificultades en la escuela e interpersonales). Los resultados revelan diferencias significativas entre ambos grupos en las dimensiones: ideación e intencionalidad suicida, desesperanza y depresión y satisfacción de la vida, mostrando que las mujeres tienden a presentar en mayor medida el riesgo suicida. (Tabla 5)

**Tabla 5**

*Diferencias entre hombres y mujeres en las dimensiones de riesgo de suicidio.*

	Hombres		Mujeres		t	p
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE		
Ideación e intencionalidad suicida	1.54	.55	1.73	.67	-3.350	.001
Desesperanza y depresión	2.05	.65	2.42	.69	-5.898	.000
Satisfacción en la vida	2.08	.61	2.25	.69	-2.869	.004
Dificultades en la escuela e interpersonales	2.22	.48	2.27	.51	-1.156	.248

p < 0.01

p < 0.05

En función a las correlaciones obtenidas y a la finalidad del presente estudio se procedió a utilizar el análisis de regresión lineal con el objetivo de analizar las prácticas parentales maternas predictoras del riesgo suicida en los adolescentes. Los resultados fueron significativos ( $p = 0.05$ ) en la autonomía materna y en el control psicológico materno ( $p = .00$ ), lo que representa a dichas prácticas como factores predictores del riesgo de suicidio. En las prácticas maternas, comunicación, imposición y control conductual no se encontraron valores significativos (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Análisis del riesgo suicida y los componentes de las prácticas parentales maternas.*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			
	B	Error estándar	Beta	t	p	
	(Constante)	112.320	5.835		19.250	.000
1	Com_mat	-3.249	2.406	-.102	-1.350	.178
	Aut_mat	-4.930	2.507	-.143	-1.966	.050
	Imp_mat	.201	1.947	.005	.103	.918
	Cont_psic_mat	13.380	2.150	.318	6.225	.000
	Cont_conduc_mat	-3.533	2.004	-.101	-1.763	.079

$p < 0.01$

$p < 0.05$

Nota: Com\_mat: Comunicación materna

Aut\_mat: Autonomía materna

Imp\_mat: Imposición materna

Cont\_psic\_mat: Control psicológico materno

Cont\_conduc\_mat: Control conductual materno

## Discusión.

Al estudiar la adolescencia es de suma importancia indagar sobre los factores de riesgo que están aquejando a uno de los grupos sociales más vulnerables, en particular, el riesgo suicida, que como fue expuesto previamente, las cifras de decesos por la muerte autoinfligida aumentan vertiginosamente (INEGI, 2016). Tanto el aspecto psíquico como el entorno social son cruciales en el estudio del suicidio.

Como es bien sabido, los padres son pieza clave en el origen de los impulsos, comportamientos, desarrollo de ideales, formas de ver, percibir y de experimentar la vida, de sus hijos, sumándole a lo anterior las características específicas de dicha etapa que, en muchas ocasiones, serán favorecedoras para su desarrollo o, en su defecto, serán coadyuvarán con las pulsiones que llevan a la autodestrucción. Como, por ejemplo, el área emocional, que representa todo un reto para el joven, ante una ambivalencia velada, una lucha entre el deseo y el no deseo, ya que el desear sería acompañante de afrontar diversas muertes psíquicas, muerte a aquel niño que en algún momento fue, matar a aquellos padres de la infancia que lo cobijaron cuando se sentía indefenso y enfrentarlo a una realidad hostil para la cual no se encuentra preparado (Dolto, 1990). Pareciese que existe una relación entre el desafío sentimental al que se enfrentan los púberes con una de las principales causas de intento de suicidio, que es por situaciones amorosas (INEGI, 2005).

Igualmente, los disgustos familiares, son motivo relevante para que el joven intente matarse (INEGI, 2005), la lente psicoanalítica contemporánea resalta el alcance que tiene el entorno familiar en la vida (Villarreal, 1982), o peor aún en la muerte del adolescente. El medio más cercano con el cual convive éste, es la familia, los padres, responsables de dar contención en los momentos más sombríos, proporcionar herramientas indispensables para caminar por las penumbras y aprendizajes en los momentos maravillosos que custodian a la juventud, es lo ideal, lo que debería de suceder, pero no siempre es así, en algunos casos, los hijos carecen del afecto de sus padres (Mattson, 1969), depositarios de culpa, testigos o/y víctimas de violencia despiadada, abusos inconciliables para la psique que ocasionan el deseo constante

de acabar con su vida o cuadros depresivos graves que pudieran llevarlos a desenlaces irremediables.

La concepción del suicidio está en función del tiempo, espacio y cristal con el que se mire, los enfoques y diferentes autores que se han interesado por el tema, que resulta controversial, complejo de abordar, pero primordial para reflexionar, para entender los dispositivos psíquicos y los factores externos que llevan al sujeto a producir su propia muerte. En estos componentes externos nos topamos con la sociología; en esta línea, Durkheim (1897) propone que el deceso motivado por sí mismo es una conducta que implica a los demás, directa o indirectamente, colocándolo en un estado dependiente, son los “otros” lo que lo llevan a su muerte, estado que se acrecienta por etapas por las que atraviesa el individuo, en este caso la adolescencia, donde un sistema familiar deleznable juega un papel incapacitante ante las demandas autoagresivas (Marchiori, 1998).

¿Pero, por qué hacer una remembranza de las conceptualizaciones del suicidio? Debido a que la comprensión integral de éstas propicia una discusión articulada con los resultados de la presente investigación, la trascendencia de ambos elementos mencionados en renglones previos, consolida un análisis objetivo, pero a la vez subjetivo del riesgo de suicidio en los adolescentes, resaltando el valor de la familia dentro de éste.

La psicología no es la excepción del abordaje del tema que cobra vidas, que invade al púber de miedo, estacionándolo en un callejón sin salida, siendo la única opción, en varios casos, la muerte, que podrá calmar su angustia, un desahogo ante tanta desesperación, que paradójicamente a partir del posible sueño de su inexistencia le dé un suspiro de sentido a su vida. Shneidman (1976), ubica que la balanza se inclina hacia lo negativo, ganando la batalla las flechas que apuntan hacia sí mismo.

Mientras tanto, el psicoanálisis apuesta por los dispositivos intrapsíquicos del sujeto, atravesados por las experiencias de los primeros años de vida, con un predominio de las fantasías de dependencia, convertidas en deseos mortíferos sino se llega a lograr dicha dependencia (Adler, 1968). Es importante entrelazar la

convergencia entre las aportaciones sociológicas y las psicoanalíticas acerca de las circunstancias que colocan al sujeto en un ser completamente dependiente del “otro”. En el caso del psicoanálisis, la madre o quien funja el rol de ésta, cómo la calidad del vínculo madre-hijo influye en el desarrollo desde los primeros días de haber nacido, o como lo menciona Spitz (1972), desde que se encuentra en el vientre materno.

La madre, el objeto de amor por excelencia, fuente de vida, pero a la vez de muerte, aquella que llena de caricias, de amor, mediante gestos, palabras, miradas al bebé, que se halla en completa indefensión, a disposición de su progenitora la cual está a cargo de cubrir sus necesidades; si sucede lo contrario y ésta priva a su hijo de todas estas muestras de afecto o carece de los elementos para brindarlas suscitará daños irreparables en el niño, trastornos que lo acompañarán durante su desarrollo (Spitz,1972).

Las cargas afectivas no siempre son satisfactorias, ni positivas para el infante, el exceso de éstas también provoca afecciones en los hijos, como modelo de ello encontramos al control psicológico, un método avasallador por parte de los padres para controlar pensamientos, creencias e ideas de sus hijos, devaluándolos con críticas que los carcomen. El foco será se colocará hacia el control psicológico materno, el cual es generador, entre otras cosas, de culpa, realizando una vinculación con la inducción de culpa, desde la literatura psicoanalítica, secuela del conflicto entre las instancias psíquicas (Freud, 1915), resultando ganador el superyó. Es posible hipotetizar que la madre, al controlar psicológicamente al adolescente, favorece el control del superyó, predominan los autocastigos, los autorreproches y sobre todo la culpa, culpa que fue sembrada por ésta desde los primeros años de vida, el infante acumula dicho sentimiento a lo largo del tiempo y en la adolescencia despierta excesivas emociones negativas hacia la madre por el control tan monstruoso que vive, deseando inconscientemente en hacerle daño, en destrozarse aquel objeto de amor que lo ha paralizado y parasitado, se vuelve inconcebible dañar al ser que más ama, desatando una culpa imposible de calmar, imposible de ser acreedor del perdón, busca su autodestrucción, que es llevada a cabo a través del suicidio.

La independencia del sujeto está en juego, la producción de ideas propias es inexistente y el control psicológico ocupa el primer lugar en el pódium ¿Cómo el adolescente podría ganar tal invasión? Se queda sin posibilidades, sin herramientas que le permitan ganar la guerra, su propia muerte podrá ser su mejor opción, de esta manera defenderá su individualidad, individualidad que le ha sido arrebatada sin caridad, darse cuenta de que quien domina sus pensamientos, sentimientos, elección de pareja e incluso de amistades, es su madre. Los resultados del presente estudio son consistentes con este supuesto, al obtener una correlación significativa entre el control psicológico materno y el riesgo de suicidio en los adolescentes, de hecho, fue la correlación más alta que se obtuvo de entre todas las prácticas parentales que se midieron, de igual manera ocurrió con las correlaciones entre control psicológico materno y dos de las dimensiones que componen el riesgo suicida, la ideación suicida e intencionalidad suicida y desesperanza y depresión, comprobándose las hipótesis de este estudio. Por lo que es importante prestar especial atención a dicha práctica parental, y continuar realizando investigaciones al respecto, pues según las investigaciones revisadas, las investigaciones en México sobre el tema son escasas.

Debido a que los resultados cuantitativos no permiten la profundidad del estudio del tópico, se presentarán casos de la práctica clínica en los cuales ha existido un riesgo de suicidio manifiesto o en su defecto autolesiones que han tenido la firme intención de provocar un daño irremediable, casos clínicos mencionados en el apartado “planteamiento del problema” pero que se analizaron y enlazaron con las consecuencias del control psicológico materno y el factor de riesgo tan mencionado. Por cuestiones éticas a todos los casos que se presentan se les cambió el nombre.

Al primero de éstos se le denominó “Hablemos de Ernesto” Para contextualizar considero importante recapitular acerca del caso, Ernesto, actualmente tiene 17 años, presentaba conductas agresivas, se llevaron a cabo dos entrevistas con la madre, en la primera estuvo presente el paciente y en la segunda acudió sola. La madre refirió haberlo corrido de la casa por ser muy violento, con ella, en el año anterior se había roto una mano, movió muebles, le aventó una mesa encima, insistiendo que todo había iniciado ese año, antes de dichos acontecimientos solo gritaba y decía

groserías, *“empezó a los 14 años y medio, se veía muy depresivo, creo que tiene problemas con los videojuegos,”* dentro de la entrevista la madre acentuaba que el cambio de su hijo se debía al divorcio y la falta de apoyo del papá, Ernesto había acudido a terapia, pero la mamá tomó la decisión de que no era bueno para Ernesto, ni para su hija *“porque salían muy mal”*.

Cuando es el turno del chico éste externa muy molesto que su mamá tomó la mala decisión de que ya no fuera con su terapeuta, un tiempo lo obligó a jugar futbol americano hasta que él determinó que no se quería quedar ahí, la presión que tenía en el equipo era mucha, *“el problema fue que no le dije a mi mamá”*. Todo comenzó cuando vio a una chica desnuda, lo que originó que se preguntara *¿qué hago aquí?*, comenta que se había enamorado de la persona que no era, dándose cuenta de que necesitaba ayuda, la ayuda que nunca había tenido, quería matarla al ver la foto, pero a la vez le daba miedo que ella pensara en suicidarse puesto que él constantemente pensaba en el suicidio, externó que estaba sorprendido de que todavía estuviera con vida. Estaba muy preocupado de estarse volviendo loco, teniendo pensamientos recurrentes de lastimarse, que se acentuaban cuando estaba cerca de la chica, pareciera que *“estaba ahí para torturarme, estaba siendo muy sádico conmigo mismo”*, *“no aguanté más y corté relación con mi papá, el mismo día que lo hice con ella”*, *“desearía que la gente sintiera el dolor que me causó”*. ¿El dolor era realmente por lo que sucedió con la adolescente o en realidad por su propia madre? la pregunta surge por el análisis de posteriores sesiones, cuando explicó que al recibir la foto de la chica sin ropa, se masturbó sintiendo el placer más grande que jamás había sentido, placer que lo martirizaba y lo inundaba de culpa porque consideraba que ésta *“era como una virgen”*, *“como una madre”*, *“es como si hubiera visto a mi mamá desnuda”*.

Como fue planteado, la madre es el primer objeto de amor aunque también de deseo, que al no poderse cumplir la meta de ese deseo se traslada hacia afuera de su familia, en donde sí será posible cumplirla, la comparación que hizo Ernesto entre su madre y su enamorada lo esclavizó a una culpa inmensa, llevándolo a romperse la mano con la cual se masturbó y tener el deseo de mutilarse ese brazo, se infiere a que tal acto tenía distintas intenciones conscientes e inconscientes: sosegar la culpa

que lo extorsionaba, castigándose por haber corrompido y ofendido al ser más adorado y/o vaciar tanto coraje por la trasgresión que lo ahogaba en el fondo de un pozo que se obscurecía cada vez más.

Días previos a la próxima sesión con Ernesto se citó a su mamá con el objetivo de obtener datos sobre la historia de vida de su hijo. Se observó que lo que piensa es lo que su hijo debiese pensar y sentir, mostrándose un severo control psicológico, y control sobre su comportamiento. En su narración fue posible identificar como constante la necesidad que Ernesto se invadiera de culpa, quería que sintiera que le ocasionó un daño cruel, que todas sus acciones la han lastimado sin reparo, el regalo más grande que espera es la pérdida de su individualidad y se vuelva dependiente de ella, si sale de sus estándares la manera en que actúa está mal, marcando un notorio rechazo cuando el chico inició la adolescencia y todas las vicisitudes que conlleva, porque al defenderse de los ataques todo sale de su control. El chico quería reparar los daños, no encontraba cómo, lo que tiene muy claro es que ha sido acreedor a autocastigos ineludibles para aliviar su angustia. Ofrecer la vida a su progenitora será la mejor ofrenda que le es posible dar, pero a su vez el mejor escape para salvaguardarse y protegerse para la eternidad. Menninger (1938) estableció que en el suicidio impera la culpa y como consecuencia está presente la necesidad de castigo, gobierna la desesperación por fugarse de lo que le resulta inaguantable al sujeto. Klein (1935) declara que la culpa se forja de forma lastimera en el instante del darse cuenta del daño al objeto de amor. El odio que tenía la mamá a su esposo, lo imponía en Ernesto, llegando al punto que deslibidinizaba a su hijo por completo y canalizaba toda su energía en la imago de su exesposo, lo que encontramos en la literatura como “madre muerta” de Green (1980).

Las primeras sesiones el paciente se manifestaba molesto y su discurso estaba mermado por la intelectualización, es común que comparara lo que sentía con lo que pensaba qué sentían los demás, relacionaba su vida con libros y videojuegos, separaba el afecto del pensamiento en varias ocasiones, se le dificultaba hablar de lo que sentía, su termómetro para convivir en sociedad era la reacción que tenía el otro ante sus comentarios o chistes. Se infiere que el control de la madre le impedía la

regulación de su comportamiento, se mostraba inseguro de su actuar, imitando a los “otros” para no sentirse que no encajaba dentro del grupo en el que convivía. Ernesto se encontraba limitado, su madre había manipulado sus sentimientos, con la intención de que fuera dependiente de ella (Symeou y Georgiou, 2017). El paciente dejó de estudiar un año, no salía, su cuarto era la mejor guarida de aquel mundo que lo aterrizzaba, su mamá cubría todas sus necesidades de manera exacerbada y perjudicial, la comida rápida que consumían y la poca actividad que tenía Ernesto propició el aumento de su peso.

A la par está el caso “Susana ¿Por qué lloras?, chica de 17 años que se cortaba desde hace ya dos años, sus cortes en instantes fueron profundos, sabía cuáles eran los cortes letales, que en ocasiones intentaba, intentos fallidos pero de gran riesgo, y en otras solo eran utilizados para adormecer su desesperanza, la culpa, al igual que en el caso clínico anterior, estaba presente de forma tan punitiva que no lograba contener el impulso de autolesionarse, una navaja era su compañera, ¿compañera? sí, con este nombre la llamó la paciente, porque la lastimaba pero a la vez la ayudaba para enfrentar su dolor.

Su mamá le dejó de prestar atención desde que era bebé, tenía que trabajar, había problemas familiares y “*en lo último que pensaba era en mi hija*”, no la abrazaba, no quería tocarla porque la rechazaba por su físico, que a diferencia de sus hermanas, Susana “*estaba pasada de peso*”, la comunicación era casi nula y cuando la mamá se dirigía a la adolescente era para descalificarla, “*cuando recuerdo que era niña, lo que más se me viene a la mente es llorando en mi cuarto*”, su madre le imponía la ropa que debía de ponerse, la manera de pensar o de actuar. ¿Qué habrá sucedido con Susana para que se cortara? Había sido testigo de la infidelidad de su padre. Al llegar un día por la noche vio un carro parecido al de éste, se acercó y lo vio con una mujer, desconocida para ella, besándose con él, sorprendida se alejó, su progenitor la alcanzó y le pidió no decir nada porque desintegraría a la familia. Desde hace varios meses atrás del encuentro desafortunado, su mamá revisaba el celular de su papá, cuando se reunían lloraba desconsoladamente sospechando un engaño, engaño que existía y que Susana descubrió. Al ver así a su madre, le dijo lo sucedido, sus padres

se separaron, días posteriores la madre le comentó que maldecía el día en que Susana había sido testigo de la infidelidad de su padre, ya que, si no, no hubiera pasado nada; a partir de ahí la chica comenzó a practicar el cutting.

En el desarrollo afectivo y psicológico de niños y adolescentes se forjan recónditos estados de angustia y ansiedad, que si no son elaborados en la infancia, el adolescente necesitará un escape en el cual pueda sacarlos, de acuerdo al caso, es como serán estas manifestaciones (Osorio, 2015), particularmente con Susana observamos que el detonante fue el que su madre la declaró culpable de la separación de su esposo, observamos que desde pequeña sufrió carencia de afecto, falta de comunicación y rechazo. El órgano más grande del cuerpo es la piel, órgano que la madre acaricia, toca con ternura y cuida con fervor, Susana no tuvo muestras de afecto, ni abrazos, ni caricias, por lo que su salida fue el cortarse, relacionando el afecto con los cortes, cortes que apagaban la desesperanza que la acompañaba por la culpa de sentir de haber desintegrado a su familia y haber devastado a su mamá con su confesión. Se identifica el alcance del control psicológico, hasta el grado de sentir culpa de algo que ella no provocó pero que fue implantado en Susana y que no encontró otra solución que autoflagelarse.

Víctor preguntaba “¿Dónde está mi papá?” ... chico de 18 años, su tío es el que se encarga de su comportamiento, se encontraba consternado debido a que su sobrino había robado 3 veces el dinero de su abuela. Su discurso del paciente lanzaba llamaradas de desasosiego, vacío y desesperanza, tenía ideación suicida, el plan estaba hecho, iría a la tienda por su queso favorito, una botella de vino que disfrutaría antes de apuntar a su cabeza y jalar el gatillo de la pistola que había conseguido con uno de sus amigos. ¿Por qué Víctor querría cometer tal atrocidad contra sí mismo? su mamá le comentó desde que tenía 5 años que su papá lo había abandonado y no quería verlo, esto a Víctor lo llenó de coraje hasta su adolescencia, realizaba poemas en donde rogaba por su salvación, una mujer aparecía en todos sus escritos a la cual responsabilizaba de su sanación, todo era difuso para él, recordaba lo que le contaba su mamá, pero no tenía recuerdos propios. En la entrevista con su mamá comentó que el papá de Víctor estaba muerto pero que él no lo recordaba. A partir de ese

encuentro se ataron muchos cabos sueltos, el abandono de su padre fue por su muerte. Su mamá estaba a cargo de su otra hija menor que Víctor, tenía poco acercamiento con su hijo argumentando que no podía hacerse cargo de sus dos hijos, el acercamiento aparecía cuando Víctor salía con sus amigos, tenía que compartirle su ubicación, así como la dirección en la cual estaría, llamaría cada media hora, si la madre no recibía la llamada en el tiempo estimado el tío iba a buscarlo en el lugar que se encontraba. El análisis del caso indica que el coraje no era genuino, había sido sembrado por la persona que más quería, su madre, haciéndole creer un abandono que no había ocurrido, el control punitivo ejercido, la falta de afecto y el sentimiento de soledad habían llevado a Víctor a tener ideas relacionadas con la muerte, Winnicott(1946) lo señaló, en algunos casos las conductas delincuenciales son resultado de la carencia de cariño dentro de la familia y lo que roban en realidad los adolescentes es el amor de su padres.

Sería imposible mencionar todos los casos que comparten características similares, consideré importante analizar éstos en específico porque retoman los hallazgos de este estudio, es decir, cómo el control psicológico materno predice el riesgo suicida de los adolescentes. En esta investigación, se comprobó que el control psicológico fue la única práctica parental significativa, de las analizadas, como predictora del riesgo suicida en los adolescentes. Por otro lado, sí bien el control psicológico influye en el riesgo suicida, es importante tomar en cuenta en función de lo resultados arrojados que también existen otras variables que impactan en el riesgo de suicidio de los adolescentes.

A partir de los datos, las demás prácticas maternas no demostraron resultados significativos como variables predictoras del riesgo suicida, sí se obtuvieron correlaciones significativas entre éstas y el factor de riesgo estudiado. La comunicación, práctica que como su nombre lo dice, se refiere a la comunicación existente entre el hijo y la madre, la correlación negativa indicó que entre mayor comunicación haya, menor será el riesgo de suicidio en los adolescentes, siendo posible generalizar los resultados a la población del estudio.

Este dato cobra sentido al retomar que el afecto es considerado como una forma de comunicación en la diada, es la mejor manera que tiene la madre de entender lo que el bebé necesita (Spitz, 1972), que conforme transcurre el tiempo va cobrando más relevancia, teniendo en cuenta que la carencia de ésta, su mala calidad o deficiencia puede ser fatal para el adolescente, como fue visto en los análisis de casos previos. En los casos mencionados, los adolescentes presentaban impedimentos para comunicarse con su madre, se presupone que sí hubiera existido un afecto positivo o una buena calidad en su comunicación, el desarrollo de sus hijos habría sido distinto, el desconocimiento de la situación actual no les permitió ver los gritos de ayuda que aquejaban a los jóvenes, exclamaciones que suplicaban cariño y quizá una palabra de aliento que abriera esa ventana que se mantenía cerrada y no los dejaba salir a ver la luz, cuatro paredes miraban su dolor, inmóviles, sin poder hacer más que resguardar su sufrimiento.

Respecto a la autonomía materna, práctica parental positiva, la madre respeta la decisión de los púberes (Andrade & Betancourt 2008), en contraparte del control psicológico, puesto que promueve la independencia del chico al reconocer a éste como un ser con las herramientas necesarias para afrontar los requerimientos del entorno, dichas decisiones no estarán exentas de equivocaciones de las cuales aprenderá para no cometer en próximas situaciones los mismos errores, sería complejo que estuvieran presentes ambas, por lo menos al mismo tiempo, una evita la existencia de la otra y viceversa.

Además del control psicológico como práctica materna negativa tenemos, de igual forma, a la imposición que va muy de la mano con la primera. En ambas se puede ver la descalificación, así como la devaluación del hijo. Llama la atención que, en comparación con el control psicológico, la imposición obtuvo el puntaje más bajo de correlación.

Detrás de todo este bagaje de factores de los cuales depende el riesgo suicida se encuentra en los cimientos la pulsión de muerte, tema complejo de abordar por la magnitud de resistencia y angustia que pudiera provocar. El dominio de ésta incita a que los impulsos agresivos graviten sin cesar, el deseo de destrucción se encuentra

a flor de piel (Freud, 1915), el reloj comienza a marcar las horas de quiebre en el sujeto, se abren dos senderos: la agresión se desembocará sin piedad hacia afuera, será el camino elegido,; o por el contrario, si la culpa se entrelaza con rasgos narcisistas imperiales toda esa agresión se volcará contra sí mismo, los perjuicios serán evidentes, las maneras de dañarse serán inmensas, los pensamientos se convertirán en traidores y partidarios de planes inimaginables para autolesionarse, la creatividad se une a este juego, lamentablemente en esta partida jamás resultará ganador el adolescente, ahorcamientos, cortes fatales, sobredosis, envenenamientos, accidentes brutales (INEGI, 2011), son formas que existen para hacer que deje de latir su corazón, que su cerebro se muera como a aquella vela que apagas para que deje de iluminar o tal vez de quemar y lastimar profundamente. Las razones son infinitas, las estadísticas revelan que los principales motivos de los jóvenes para quitarse la vida son: enfermedad mental, dificultad económica, enfermedad grave e incurable, disgustos familiares, causas amorosas, remordimiento y causas que no se conocen (INEGI 2005), la constante es visible: el entorno familiar.

Siguiendo la misma línea y como fue presentado en apartados anteriores, existen diferencias entre ambos sexos respecto al suicidio, los números de las mujeres que intentan acabar con su vida es mayor que el de los hombres, pero los hombres al utilizar métodos fulminantes aumentan sus cifras considerablemente de muertes consumadas (INEGI, 2016). Al analizar las discrepancias de intentos suicidas entre hombres y mujeres, el análisis de los datos de la presente investigación mostró diferencias significativas en 2 de las 4 dimensiones que midió el instrumento de riesgo de suicidio, las más altas coincidiendo con lo que mostró el INEGI (2016), son las mujeres quienes tienen una mayor tendencia de ideación e intencionalidad suicida, así como de depresión y desesperanza. Considerando que la muestra estuvo compuesta por más hombres que por mujeres, esto indica que, a pesar de la diferencia de porcentajes, las mujeres mantienen una tendencia superior de riesgo suicida.

¿Qué sucede para que las adolescentes presenten mayor riesgo de suicidio que los varones?, es un cuestionamiento difícil de responder. La literatura aporta a través de Freud (1925) que la ligazón madre e hija tiene sus diferencias con el vínculo madre-

hijo, empezando con la divergencia anatómica, la hija responsabiliza a la madre por su castración, generando una dependencia ambivalente sumamente exacerbada, relación que en cierto punto se vuelve hostil para ambas, la madre es amenazada por la vitalidad de la hija, su juventud de la pequeña demuestra el paso de los años y sus estragos, las arrugas aparecen, las canas comienzan a lucir, la decadencia de las funciones son imposibles de eludir, la madre llega al punto de darse cuenta que se está haciendo grande, a diferencia de su hija que se encuentra en los mejores años de su vida, la envidia cobra sentido, la joven que en algún momento fue una bebé que cargaba y arrullaba en sus brazos ahora es imán de miradas, objeto de deseo incluso de su padre, volviéndose una rival. La niña ansía por ser la sucesora de su madre, fantaseando en casarse con su padre, maquilándose una envidia correspondida.

Klein (1935) incluye en su teoría la diferenciación entre celos y envidia, los celos cumplen con el objetivo de hacer a un lado al “rival” para quedarse con el objeto amado, en contraste, en la envidia se pretende destruirlo por no poder tener las cualidades que éste tiene, todo se encuentra en la fantasía, cuando se lleva a la realidad suceden desenlaces trágicos. Toda esta ilusión de destrucción necesita ser sentenciada cuando se instaura la culpa, una de las vías podrá ser el acabar consigo mismo. Trasladando todo esto a la actualidad me surge una disyuntiva, la envidia se germina por la rivalidad con la madre por el amor del padre, aunque con padres ausentes que predominan en las familias ¿cómo podría acontecer? La imago del padre se encuentra en la fantasía esté o no presente, es posible pensar que su ausencia fortalece la dependencia que posiblemente esté entre la diada madre-hija, dependencia que se transfiere a la parejas de la adolescente, siendo una ruptura fatídica para ella debido a que está perdiendo el objeto de amor, inaudito para soportar, imposible de entender, se desquebraja su mundo, se pierde el sentido y deviene el intento de su muerte.

Se ha hablado de las posibles causas del porqué las mujeres cometen más intentos de suicidio que los hombres en relación con el vínculo madre-hija, es turno de analizar la relación madre-hijo. Freud (1920) presenta a través del caso “Juanito” la ternura desmedida de la que puede ser víctima un pequeño, su madre, sin darse cuenta de

manera consciente, está provocando que su hijo viva una madurez sexual prematura, que en el transcurso del tiempo lo frustrará y angustiará por no poder descargar toda esa energía sexual que buscará la descarga de cualquier forma. La ley simbólica en muchos casos está ausente lo que desencadena la fantasía de que se abra la puerta de posibilidades de descarga, al no ser permitida se mantiene la esperanza de que el mundo exterior le dará la posibilidad de hacerlo, si pierde toda probabilidad con el nuevo objeto de amor perderá toda oportunidad de tenerlo, quedándose sin esperanza para continuar, es cuando toda esa libido arremete en agresión hacia sí mismo. Cabe destacar que todo lo anterior son supuestos en donde se liga la teoría con el análisis de los casos presentados y con los resultados encontrados en la aplicación de los instrumentos, con el fin de explicar las diferencias entre los sexos.

Para terminar, es importante hacer mención que las cifras de suicidio presentadas pierden su exactitud al saber que no se toman en cuenta los accidentes irreparables, ya sean automovilísticos, en deportes extremos de los cuales los jóvenes son protagonistas, eso quiere decir que las cifras aún son más altas que las que son presentadas, de igual manera al ser un tabú el suicidio dentro de las familias y la sociedad, cuando un integrante se mata, es común que no se comunique la verdadera razón del deceso (Gómez & Borges, 1996).

## Conclusiones

Mi intención en los siguientes párrafos es culminar la presente investigación, que engloba 2 años de trabajo, lleno de aprendizajes, experiencias que enriquecen la labor clínica y social que tenemos los terapeutas, permitió la mejora profesional y profundizar en temas de suma importancia que asisten a la adolescencia, etapa del desarrollo humano compleja de vivir y a su vez de estudiar, aunque su complejidad no obstaculiza apreciar sus sorprendentes vertientes que la componen. La vulnerabilidad de los jóvenes da pauta a colocar una lupa en los riesgos que corren al transitar por el camino, riesgos que no podemos evitar, pero sí de dotar de las herramientas vastas para esquivar y enfrentar cada prueba que se les presente, considerando que no será posible hacerlo si el profesional no se encuentra preparado para darles todo el equipamiento y aún mejor favorecer para que ellos lo construyan. Los factores de riesgo por los que atravesarán son impredecibles, como fue estudiado, la madre en particular tendrá un papel decisivo, sus caricias, como no caricias, la presencia de sus palabras como la carencia de éstas, todo lo que suceda influye favorable o desfavorablemente.

La investigación corroboró el impacto que tiene el control psicológico materno en el riesgo suicida de los adolescentes, que se escribe fácil, siete letras que forman tan solo una palabra, suicidio, pero que detrás de esa palabra se encuentran chicos que perdieron la vida, arrebatada por ellos mismos, familias, pareja, hermanos que no entendieron lo que pasaba y que cuando se dieron cuenta fue demasiado tarde.

La metodología cuantitativa auxilió para entender generalidades del riesgo de suicidio en los adolescentes, generalizar correlaciones significativas en el turno vespertino del plantel con un margen de error del 1%, por otro lado el psicoanálisis a analizar aspectos particulares de los casos, sin ambos el presente estudio no habría sido posible, ya que su conjunción brinda un panorama integral de la problemática que aqueja cada vez con mayor fuerza, comprendo que si el estudio de la adolescencia es diverso y complejo de abordar, de igual manera lo es la muerte y de eso pueden dar cuenta las investigaciones existentes sobre el suicido, ahondar en ésta implica

aceptar que miles de personas dejaron de encontrar salida a sus padecimientos e indagar acerca de la influencia que tiene la madre en la muerte de sus hijos, es aún más difícil de entender.

Una constante que percibí en los cuales predominó la pulsión de muerte, fue una madre que inducía a la culpa y un padre ausente, mi supervisora lo mencionaba firmemente durante las sesiones de trabajo clínico, “*no juzguemos a las madres, entendamos qué fue lo que les pasó para que llegaran a ser de esa manera con sus hijos*” y lo aprehendí realmente hasta que concluí el presente trabajo de investigación. No somos cómplices ni verdugos, somos profesionales de la salud preparados para favorecer la pulsión de vida y comprender las razones en particular con el tema, que llevan a una persona a desear estar muerta, acompañar a los pacientes en sus momentos más tristes, a entenderse y sobre todo a que sean plenos consigo mismos.

Dentro de las limitaciones de la presente investigación se encuentran que la muestra estuvo compuesta en su mayoría por hombres, de igual manera solo se consideró al turno vespertino del plantel. Los instrumentos de medición se les aplicaron a adolescentes escolarizados sin contemplar a jóvenes que no se encontraran estudiando. El rango de edad solo fue de 14 a 24 años, estimando que la adolescencia abarca en promedio de los 11 años aproximadamente a los 19-20 años (Papalia, 2017).

Por otro lado sería importante en posteriores estudios sobre el tema del suicidio considerar otros factores aparte del control psicológico materno, quizá ahondar sobre características y variables por parte del padre que impactan en el riesgo suicida de sus hijos, así como otros factores externos e internos que influyen en el suicidio de los adolescentes, ya sean trastornos mentales, adicciones, como fue encontrado en la literatura o que no dependen intrínsecamente del sujeto como el bullying, problemas económicos, problemas familiares entre otros, lo anterior debido a que las correlaciones que se obtuvieron no fueron tan altas y en los casos presentados no solo el control psicológico materno era una constante en éstos, también lo fue la ausencia del padre.

## Referencias

- Adams, P. (1982). Hacer madre. *Desde el diván*, 183-198.
- Adler, A. (1968). Suicide. *Journal of Individual Psychology*, 14, 57-61.
- Ajuriaguerra, J. (1999). *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2006). *Prácticas Parentales, CESD-R y Conductas de riesgo*.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. *La Psicología Social en México*, XII, 561-565.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, O. & Rojas R., (2012). *Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes*. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35, 29-36.
- Bahamón, M., Ochoa, S., Pérez, A., Uribe, J., Verdugo, J. & Viachá, M. (2013). *Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes*. *Psicología del Caribe*, 30(3), 551-568.
- Barber, Olsen, & Shagle, (1994). *Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors*. *Child Development*, 65, 1120-1136.
- Barber, B. (1996). *Parental psychological control: Revisiting a neglected construct*. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Baumrind, D. (1966). *Effects of authoritative parental control on child behavior*. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A., (1979). *Assessment of suicidal intention: The escale for Suicide Ideation*. *Consult Clin Psychol*, 47 (2), 343-352.
- Betancourt, D. & Andrade, P. (2011). *Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes*. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 27-41.

- Bleichmar, S. (2002). Tiempos difíciles. *La identificación en la adolescencia*. Revista Encrucijadas, 2, 2-7.
- Borges, G., Medina, M. & Orozco, R. (2009). *Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México*. Revista Salud Mental, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M. & Gómez, C. (1994). *Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anales, 5, 15-21.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*, Bogotá: Tiresias.
- Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez & Salvador, 2011; Palacios & Andrade, 2008; Rivera & Andrade, 2006; Salvo & Melipillán, 2008; Santos, Ferrera, González, Viñas & Mauriset, 1997. *Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos*. Psicogente, 21, (39).
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2), 53-63.
- Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes*, Barcelona: Seix Barral.
- Durkheim, E. (1987). El suicidio. México: Colofón
- Erikson, E. (1977). Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI.
- Estévez, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Revista Salud Mental*, 28(4), 81-89
- Fandanelli, M., Lemos, R., Florencia, M., & Hiebra, M. (2013). Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente. *Rev Hosp Niños Baires*, 55(249), 127-135
- Ferveling, W. (1982). Alcoholismo, abuso y dependencia. Barcelona: Salvat
- Flesler, A. (2012). Las madres de Freud. *Actualidad psicológica*, 412, 1-8.

- Frazier, S. & Carr, A. (1976). *Qué es la psicopatología*. Buenos Aires, Argentina: *Lidiun*.
- Freud, S. (1981). *Análisis fragmentario de una histeria*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. VII, 7-98.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. IV, 29-89
- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. VII (II), 157-202.
- Freud, S. (1910). *Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XI, 231-233.
- Freud, S. (1914). *Introducción al Narcisismo*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XIV, 65-98.
- Freud, S. (1914). *El malestar de la cultura*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XIV, 65-98.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XIV, 105-113.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XIV, 235-257.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio placer*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XVIII, 1-63
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XIX, 1-63.
- Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XIX, 259-267.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu. XX, 71-161
- García, E. (2002). *Suicidio y riesgo suicida*. Anales del sistema sanitario de Navarra, 25(3), 87-89.

- García, C. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico de estudiantes universitarios. *Liberabit Revista de Psicología*, 11, 63-74.
- Garrison, Z., Lewinsohn, P., Marsteller, F., Langhinrichsen, J. & Laan, I. (1991). *The assessment of suicidal behavior in adolescent*. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 21, 217-231.
- Gibbs, J. & Martin, W. (1964). *Status integration and suicide: a sociological study* University of Oregon Books. University of Oregon Press.
- Gómez, C. & Borges, G. (1996). *Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994*. *Salud Mental*, 19 (1).
- Goodwin, R., Beautrais, A. & Fergusson, D. (2004). *Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample*. *Psychiatry Research*, 26(2), 159-165.
- González-Forteza, C., Villatoro, V., Alcántar, E., Medina-Mora, M., Fleiz, B., Bermúdez, L. & Amador, B. (2002). *Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000*. *Revista Salud Mental*, 25 (6), 1-12.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. & González, J. (2000). *Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México*. *Salud Mental*, 23, 21-30.
- Green, A. (1980). *La madre muerta. Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hendin, H. (1951). *Psychodynamic motivational factors in suicide*. *Psychiatry Quarterly*, 25, 672-678.
- Hernández, Q. & Lucio, E. (2003) *Inventario de riesgo suicida para adolescentes –IRIS. Versión para investigación*. México: UNAM, Facultad de Psicología;
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010) *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). México: McGraw Hill Educación.

- Hernández, A., Rebastillo, G., Danauy, M. & Bess, S (1999). *Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(4), 372-377
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. Norton and Company, 25-160.
- IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- INEGI. (2005). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos* (INEGI), México
- INEGI. (2009). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos* (INEGI), México
- INEGI. (2011). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México
- INEGI. (2016). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México
- Jiménez, R. & Cardiel, L. (2013). *El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011*. Papeles de población, 19 (77), 205-229.
- Jung, C. (1959). *The meaning of death*. New York: McGrawHill Book Copan, 25-160.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Argentina: Paidós.
- Kerry, A. & Patton, M. (1994). *Interpersonal correlates of narisism in adolescents*. *Journal of counseling and development*, 73, 204-210.
- Kirk, W. (1993). *Adolescent suicide: A school-based approach to assessment & intervention*. Champaign: Research Press.
- Klein, M. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco- depresivos*.
- Leader, D. (2008). *La moda negra*. Sexto piso. Madrid. España.
- Fourth International Conference For Suicide Prevention*. Delmar Publishing, 277-285.

- Lucio, E., & Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Maccoby, E. & Martin, A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-Child interaction*, Nueva York: Handbook of Child Psychology
- Marchiori, H. (1998). El suicidio. Enfoque criminológico. México: Porrúa.
- Mattson, A., Seese, L. & Hawkins, J. (1969) Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Gen. Psychiat*, 20.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). *La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos*. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. *Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). SUPRE (suicide prevention), <http://www.who.int/topics/suicide/es/>, México.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). SUPRE (suicide prevention), <http://www.who.int/topics/suicide/es/>, México.
- Osorio, F. (2015). *Cortarse*, Buenos Aires: Urano.
- Papalia, D. & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*, México D.F.: Mc Graw Hill.
- Pérez, M., Salas, I. & Vianchá, M. (2013). *El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Somagoso*. *Psicogente*, 17 (31), 80-92.

- Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo & Ochoa (2013) *Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes*. *Psicología desde el Caribe*, 30 (3), 551-568.
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.
- Rado, S. (1951) *Psychosomatic Medicine*, 13, 51-55.
- Richman, J. (1979). *The family therapy of attempted suicide*. *Family Process*, 18(2), 131-142.
- Rodrigo, M., Márquez, M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Martín J. (2004). *Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia*. *Psicothema*, 16(2), 203-210
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Caballo, V. & Villegas, D. (2016). *Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes*. *Psicología del Caribe*, 33, 223-236.
- Sanz, M., García-Vera, M. Fortún “*Inventario de ansiedad de Beck*” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20 (2012), pp. 563-583.
- Sarmiento, C. & Aguilar, J. (2011). *Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes*. *Psicología y salud*, 21(1), 25-30.
- Segal, H. (1954). *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Barcelona; Paidós.
- Shneidman, E. (1976). *Psychological Theory of Suicide*. 6(11), 51-56.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2017). *Código Ético del Psicólogo*, Trillas Spitz, R. (1972). El primer año de vida del niño. Depósito legal, Madrid.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Paídos.
- Symeou, M., and Georgiou, S. (2017). *Externalizing and internalizing behaviours in adolescence, and the importance of parental behavioural and psychological control practices*. *J. Adolesc.* 60, 104–113.

- Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of Psychiatry*. New York: Norton. Tubert, S. (1999). *El suicidio: Una perspectiva psicoanalítica*. *Átopos*, 16-27.
- Valadez, I., Amezcua, R., Quintanilla, R. & González, N. (2005) *Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior*. *Archivos en Medicina Familiar*, 7 (3), 69-78.
- Villardón, L., 2009, *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Villarreal, I. (1982). *Comentarios sobre tipos de identificación primitivos y su relación con la transferencia especular en el caso de una niña de tres años*. *Revista de Psicoanálisis Colombia*, 7,1. Winnicott, D. (1946). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós. Tavistock.
- Winnicott, D. (1960). *Deformación del Ego en términos de un ser verdadero y falso en el proceso de maduración del niño*. Laia. Barcelona

Anexos

# IRIS



Quetzalcóatl Hernández Cervantes y Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

## INDICACIONES Y RECOMENDACIONES

Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de conocer lo que tú piensas sobre algunos aspectos importantes de tu vida. Todas tus respuestas son confidenciales y no se mostrarán ni a tus maestros ni a tus padres. Contesta con sinceridad a todas las preguntas aun cuando consideres que no es tu caso. Externa cualquier duda o pregunta que tengas sobre las oraciones con toda confianza.

¿Eres? Hombre ( ) Mujer ( )                      ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_

¿Con quién vives? \_\_\_\_\_

**Lee cuidadosamente cada enunciado y después subraya tu respuesta sin tardarte mucho.**

1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.

a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

2. Creo o siento que algo está mal conmigo.

a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

3. En mi vida ha habido buenos momentos.

a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

4. Creo o siento que soy un fracaso.

a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

5. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

7. Me han tomado en serio.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

9. Me he sentido lleno (a) de energía.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

11. He deseado estar muerto (a).

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

12. Quisiera irme de este mundo.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

13. En la escuela hay gente que me ha molestado, se ha burlado, o se ha aprovechado de mí.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

14. He perdido la paciencia.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

15. Mis maestros están en mi contra.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

16. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

17. He preferido estar solo (a).

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

18. Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

19. Mis maestros me ignoran.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

20. Me siento triste.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

21. Tengo dificultades con mis materias.

a) Con todas mis materias b) Con casi todas c) Con algunas d) Con una e) Con ninguna

22. Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

23. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

24. He causado problemas a la gente a mi alrededor.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

25. He pensado en suicidarme.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

26. He tenido ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.

- a) Cuatro o más lugares    b) Tres lugares    c) Dos lugares    d) Un lugar    e) No, ninguno

28. He conocido a personas cercanas que intentaron quitarse la vida y sobrevivieron.

- a) Cuatro o más personas    b) Tres personas    c) Dos personas    d) Una persona    e) No, a nadie

29. Conocí gente cercana a mí que se suicidó.

- a) Cuatro o más personas    b) Tres personas    c) Dos personas    d) Una persona    e) No, a nadie

30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

31. Se preocupan por mí.

- a) Todos    b) Muchos    c) Algunas personas    d) Una persona    e) No, nadie

32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

33. Si muriera me gustaría que me acompañaran (también muriendo conmigo).

- a) Todos    b) Muchos    c) Algunas personas    d) Una persona    e) No, nadie

34. Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta dónde aguanto el dolor.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

35. Mi mejor amigo (a) o mis amigos cercanos me han traicionado.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

36. Me deshice de posesiones preciadas para mí (por ejemplo: regalando, donando, tirando, quemando).

- a) Todas mis posesiones    b) Casi todas    c) Algunas    d) Una posesión    e) No, de ninguna

37. Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

38. Me cuesta trabajo concentrarme.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

39. He sufrido decepciones amorosas.

- a) Siempre    b) Muchas    c) Algunas    d) Una decepción amorosa    e) No, ninguna

40. Me siento confundido (a) respecto a...

- a) Todo    b) Muchas cosas    c) Algunas cosas    d) Una cosa    e) No, a nada

41. Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.

- a) Con todas esas personas    b) Con casi todas    c) Con algunas  
d) Con una persona    e) No, con ninguna

42. Como más que de costumbre o he perdido el apetito.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

44. Desearía no haber nacido.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

45. He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.

- a) Todas    b) Casi todas    c) Algunas    d) Una    e) No, ninguna

46. Perdí a personas importantes para mí.

- a) A todas    b) A casi todas    c) Algunas    d) A una persona    e) No, a ninguna

47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

48. He necesitado desahogarme de mis problemas.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

49. He planeado mi propia muerte.

- a) Todo este tiempo    b) Casi siempre    c) Algunas veces    d) Rara vez    e) No, nunca

50. He intentado quitarme la vida.

- a) Cuatro o más veces    b) Tres veces    c) Dos veces    d) Una vez    e) No, nunca

**GRACIAS POR TU AYUDA**

### Escala Prácticas Parentales para adolescentes: PP-A

Hola, somos personas que trabajamos en la Universidad, queremos que por favor nos ayudes respondiendo este cuestionario acerca de la forma en la que piensan y sienten los jóvenes de tu edad y la forma en la que las mamás y papás tratan a sus hijos(as). Si tienes alguna duda por favor ten confianza y pregúntanos lo que quieras saber. Te recordamos que nadie se va a enterar de lo que contestes.

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que **TU MAMÁ** se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo.

<b>MI MAMÁ:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
1. Sabe en dónde estoy cuando salgo de mi casa				
2. Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
3. Me hace sentir que soy un(a) inútil				
4. Sabe en dónde estoy después de la escuela				
5. Me dice que soy un(a) "burro(a)"				
6. Habla conmigo sobre mis problemas				
7. Me deja tomar mis propias decisiones				
8. Me impone las cosas que ella piensa				
9. Me grita por cualquier cosa				
10. Conoce a mis amigos (as)				
11. Respeta las decisiones que tomo				
12. Cuando me castiga me hace sentir culpable				
13. Cree que todos debemos pensar como ella				
14. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
15. Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
16. Todo lo que hago le parece mal				
17. Platica conmigo como buenos(as) amigos (as)				
18. Cuando estoy triste me consuela				
19. Apoya mis decisiones				
20. Me dice que soy un(a) mal(a) hijo(a)				
21. Ella cree que tiene la razón en todo				
22. Respeta mis ideas, sin criticarme				
23. Me dice groserías o insulta, si me porto mal				
24. Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
25. Me pregunta qué hago con mis amigos				
26. Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
27. Me ayuda en mis problemas				
28. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
29. Quiere que sea como ella es				
30. Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo (a)				

31.	Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que ella dice				
32.	Quiere que haga todo lo que ella dice				
33.	Me da confianza para que me acerque a ella				
34.	Me dedica tiempo para platicar				
35.	Quiere que piense como ella piensa				
36.	Entiende las razones que le digo				
37.	Respeta mis decisiones aunque no sean las mejores				
38.	Platica conmigo de las cosas que me suceden				
39.	Piensa que todo lo que dice está bien				
40.	En la casa se hace lo que ella dice				