

878525  
4

**UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**



**“ACTITUD ANTE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES:  
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS NIVELES DE EDAD”**

**T E S I S**

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

**P R E S E N T A:**

**DAPHNE LUIS KOBEH**

**DIRECTORA DE TESIS: LIC. SONIA MIRIAM LÓPEZ CUREÑO**

---

México

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2003

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADEZCO:**

\* **A Dios** y a mis padres por el apoyo infinito e incondicional que me han brindado en esta tesis y a lo largo de mi formación como persona íntegra y como profesionalista. Gracias a ustedes papás, quienes me han inculcado siempre a superarme, esta tesis ha sido posible y está especialmente dedicada a ustedes.

**Gracias mamá** por exhortarme siempre con el ejemplo a continuar y a superarme profesionalmente.

**Gracias papá** por tu comprensión y por el amor que me has demostrado siempre.

Los amo a los dos.

\* **A Miriam**, porque siempre me has impulsado a seguir adelante y me has brindado tu ayuda y amor incondicional. **Gracias Miriam** por estar siempre conmigo, te adoro muchísimo. Esta tesis está especialmente dedicada a ti.

\* **A mi queridísimo y adorado Micael**, quien siempre con tu sonrisa, espontaneidad, creatividad y amor incondicional me has inspirado en todo momento. **Gracias bebé**. Te amo.

\* **A Hugo y Omar** quienes siempre estuvieron dispuestos a ayudarme y por el amor que me han demostrado siempre. **Gracias Hugo y Omar**.

\* **A mi gran y mejor amiga y futura colega Mónica** por el amor, comprensión y paciencia que has depositado en nuestra relación, por tus valiosos comentarios y aportaciones y por tu importante ayuda brindada en la realización de esta tesis. **Gracias Moni**.

\* **A Sonia López Cureño** quien con mucha paciencia y dedicación colaboró de una manera muy importante en la realización de esta tesis. Agradezco tu valioso tiempo dedicado a esta investigación y agradezco también tu bella amistad incondicional.

\* **A Lucía Reyes Romero** por ser una magnífica profesionalista, y quien sin tu apoyo esta tesis no habría sido posible. Agradezco tu infinita paciencia y cada una de tus valiosas aportaciones a lo largo de esta tesis y a lo largo de mis años de formación como psicóloga. **Gracias Lucy**.

B

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* A **Adriana Cisneros Montaña** por ser una excelente profesionalista y persona siempre dispuesta a brindar tu apoyo, aprecio la calidad del tiempo compartido conmigo y las enseñanzas que de ti aprendí en el aula.

\* A **Laura Elena Martínez** por ser una persona muy profesionalista, íntegra y excelente maestra. Gracias por las enseñanzas compartidas en clase y por tu fuerte deseo de transmitirnos los conocimientos.

\* A **Mónica Olaiz Cortina** persona a quien admiro y respeto como profesionalista y como maestra por ser una persona íntegra y respetuosa de los valores humanos. Gracias por enseñarme con el ejemplo, la ética en el ejercicio de nuestra profesión.

\* A Elnora Jiménez Arrieta, a Herman Littlewood a Maru Paredes y a Lucina Jiménez profesionalistas muy capaces y excelentes maestros de quienes aprendí conceptos muy valiosos durante mi formación profesional. Gracias a cada uno de ustedes.

\* Al Lic. José Esteban Vaquero Cazares por su disponibilidad a las asesorías brindadas.

Esta tesis está DEDICADA  
a las personas antes mencionadas,  
a la Universidad Nuevo Mundo  
y a todos aquellos  
a quienes esta tesis  
pueda serles útil.

Daphne Luis Kobeh.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

c

# ÍNDICE

PÁG.

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>SUICIDIO</b> .....	6
1.1. Definición .....	6
1.2. Enfoques que explican el Suicidio .....	12
1.2.1. Enfoque Social .....	14
1.2.1.1. Tipos de Suicidio de acuerdo al Enfoque Social .....	15
1.2.1.1.1. Suicidio Egoísta .....	15
1.2.1.1.2. Suicidio Altruista .....	15
1.2.1.1.3. Suicidio Anómico .....	15
1.2.2. Enfoque Psicoanalítico .....	16
1.3. Intentos Suicidas .....	21
1.4. Indicadores de Riesgo en la Conducta Suicida .....	25
1.5. Ideación Suicida .....	28
1.6. Depresión en el Suicidio .....	31
1.7. Etiología .....	36
1.7.1. Causas Psicológicas y Sociales .....	37
1.7.2. Herencia .....	41
1.8. Algunos Métodos Empleados en el Suicidio .....	42
1.9. Estadísticas .....	44
1.10. Epidemiología .....	49
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>ADOLESCENCIA</b> .....	58
2.1. Definición .....	58
2.2. Aspectos Físicos y Orgánicos .....	62
2.3. Aspectos Psicológicos .....	63
2.3.1. Identidad .....	63
2.3.2. Narcisismo .....	67
2.3.3. Sexualidad .....	67
2.3.4. Masturbación .....	69
2.3.5. Identidad Sexual y Pareja .....	70
2.3.6. Homosexualidad .....	71
2.3.7. Intelecto .....	72
2.3.8. Ensueño, Fantasía y Expresión Artística .....	73
2.3.9. Socialización .....	74

0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2.4. Adolescencia y Familia	77
2.5. Etapas del Desarrollo	79
2.5.1. Sigmund Freud	81
2.5.2. Peter Blos	83
2.5.3. Harry Stack Sullivan	84
2.5.4. Arminda Aberastury y M. Knobel	86

### CAPÍTULO III ACTITUDES

3.1. Definición	91
3.2. Función de las Actitudes	93
3.3. Componentes de las Actitudes	97
3.4. Medición de las Actitudes	99
3.4.1. Planeación de una Prueba	99
3.4.1.1. Algunos Criterios para la Elaboración de Escalas de Actitud	100
3.5. Enfoque Funcionalista hacia las Actitudes	105
3.6. Interés de la Psicología Social en el Estudio de las Actitudes	106

### CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Objetivos	110
4.1.1. Objetivos Generales	110
4.1.2. Objetivos Específicos	110
4.2. Variables	111
4.2.1. Definición de Variables	111
4.3. Hipótesis	112
4.3.1. Hipótesis de Trabajo	112
4.4. Sujetos	112
4.4.1. Población	112
4.4.2. Muestra	112
4.5. Tipo de Estudio	113
4.6. Instrumento de Evaluación	113
4.6.1. Elaboración del Instrumento	113
4.6.2. Validez y Confiabilidad del Instrumento	114
4.6.3. El Instrumento en la Presente Investigación	115
4.6.3.1. El Estudio Piloto	115
4.6.4. Puntajes del Instrumento	116
4.7. Diseño Estadístico	117
4.8. Procedimiento	117

E

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>CAPÍTULO V</b>		
<b>RESULTADOS</b>	.....	120
5.1. Análisis Estadístico de Datos	.....	120
TABLAS	.....	122
FIGURAS	.....	143
<b>CAPÍTULO VI</b>		
<b>DISCUSIÓN</b>	.....	149
<b>CAPÍTULO VII</b>		
<b>ALCANCES, LÍMITES Y SUGERENCIAS</b>	.....	159
<b>CAPÍTULO VIII</b>		
<b>CONCLUSIÓN</b>	.....	162
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	.....	165
<b>ANEXOS</b>		

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

F

## INTRODUCCIÓN

En todo el mundo mueren diariamente miles de personas de cualquier edad, raza, sexo o posición social por causa del suicidio. Éste es un fenómeno que ocurre cada vez con mayor frecuencia en la sociedad. Los intentos de suicidio y los suicidios consumados han impactado a sociedades enteras, por la alta frecuencia con la que ocurren; tan es así, que han llegado a ocupar la información principal dentro de los medios de comunicación. Lo más alarmante es que a últimas fechas, los suicidios ocurren a edades más tempranas, pues hoy en día no sólo se habla del suicidio en adultos y ancianos, sino también en adolescentes y niños, mostrándose que de todas las etapas, existe mayor frecuencia en la adolescencia. Por esta razón el interés en la presente investigación, es el estudio de la actitud ante el suicidio en adolescentes, pues ésta es la etapa del desarrollo evolutivo en la que existe mayor riesgo suicida, de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática -INEGI- y de otras investigaciones. En México el INEGI reporta un aumento de 42 intentos de suicidio en 1980 hasta 429 intentos en el 2000; y aumento mayor en suicidios consumados, de 672 en 1980 hasta 2,736 en 2000. Al comparar estas cifras se observa un crecimiento de 1980 hasta el año 2000 de 120% en intentos de suicidio y de casi 700% en suicidios consumados.

El suicidio es la manifestación extrema de la agresión dirigida contra uno mismo, por lo que constituye un acto altamente personal, sin embargo, para que éste ocurra, intervienen una serie de factores tales como: problemas familiares, dificultades económicas, dificultad en las relaciones sociales, entre muchas otras. Es por ello que el suicidio aunque es un acto altamente personal, es de carácter multifactorial en el que interviene la sociedad. Por esta razón, la presente investigación se basa principalmente en la literatura psicoanalítica y en la psicología social, pues el psicoanálisis retoma factores que son importantes en el estudio del suicidio, tales como factores familiares, sociales, emocionales, así como la historia personal del sujeto; Freud (1948), en su escrito "el inconsciente"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

refiere que el motor o la fuerza que lleva a un individuo a eliminarse, se encuentran en el inconsciente y están relacionadas con la infancia del individuo.

Del mismo modo el presente trabajo, se basa también en la psicología social, pues el suicidio es un tema de carácter social, es una problemática que ocurre en sociedades, por tanto, no puede dejarse de lado el aspecto social. El interés de la psicología social en el estudio de las actitudes en las primeras décadas de este siglo, comienza a ser reconocido como una ciencia capaz de usar paradigmas y estrategias experimentales que con apoyo de una metodología científica, podía justificar una serie de afirmaciones; los psicólogos sociales se han interesado en demostrar la influencia de las actitudes en algunos problemas sociales relevantes para la sociedad. En este sentido, han sido creadas escalas cuyo objeto es medir las actitudes de las personas hacia determinada situación –prejuicios contra grupos minoritarios, rendimiento frente al trabajo, campañas de opinión pública, etc.- Dentro de las escalas de medición de actitud la escala de tipo Likert es una de las más utilizadas y su propósito es el de ubicar en un punto determinado de un continuum que va de actitudes favorables a desfavorables. Algunos autores como Papalia (1997); Goldman (1996); Fitzgerald (1997); Darley, Glucksberg y Kinchla (1990), reportan que la tasa de suicidios de adolescentes se ha duplicado en los últimos 20 años, y se informa de casi 2000 cada año. En México el INEGI reporta que el grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene mayores intentos suicidas y suicidios consumados; en hombres el grupo de 20 a 24 años es el grupo de edad con mayores intentos y suicidios consumados.

Partiendo de este panorama surge el interés de realizar un estudio comparativo entre dos grupos de adolescentes, respecto a su actitud ante el suicidio. Para este propósito es necesario en primer lugar, proporcionar un instrumento válido y confiable bajo la escala tipo Likert que permita observar, analizar y comparar las actitudes de dos grupos de adolescentes hacia el suicidio. Para realizar este Primer Objetivo en la investigación se realiza un estudio piloto con 25 sujetos de 11 a 14 años y 25 sujetos de 17 a 20 años ambos grupos con un mínimo de

escolaridad de primaria y que se encuentren estudiando la secundaria o la preparatoria. Se utiliza el "Análisis Factorial de Varianza" y el "Análisis Alpha de Cronbach" obteniéndose que el instrumento tiene validez y una alta confiabilidad, puesto que  $\alpha = 0.71$ . Por lo que se procede a la aplicación del instrumento con los sujetos integrantes de la muestra en esta investigación. Se toman dos grupos de 300 sujetos cada uno, el primer grupo conformado por adolescentes de 11 a 14 años de edad y el segundo grupo con adolescentes de 17 a 20 años de edad, ambos grupos con un mínimo de escolaridad de nivel primaria y que se encuentren estudiando la secundaria o la preparatoria dependiendo de su edad. Una vez aplicado el instrumento a los 600 sujetos, se procede a realizar el Segundo Objetivo de la presente investigación, que es comparar las actitudes entre ambos grupos. Debido a que las estadísticas muestran un mayor intento de suicidios y suicidios consumados en las edades de 15 a 20 años, la Hipótesis de Trabajo que se plantea es: "Si existe mayor índice de suicidio e intentos de suicidio en adolescentes de 17 a 20 años, entonces habrá una actitud más favorable en este grupo de edad con respecto a la actitud del grupo de 11 a 14 años de edad.". Para el análisis estadístico de los resultados obtenidos en ambos grupos, se utilizan la "T-Student" y la "Correlación de Pearson", a través del Programa Estadístico de Psicología SPSS. El análisis muestra que, el grupo de 17 a 20 años presenta una actitud significativamente más favorable ante el suicidio, en comparación con el grupo de 11 a 14 años, en donde se obtiene el valor de  $t=5.021$  con una nivel de significancia  $s=$ , 0.05 por lo tanto la Hipótesis de esta investigación es comprobada.

La importancia de conocer las actitudes de los adolescentes en estos grupos de edad, lleva necesariamente a tomar medidas y acciones para prevenir que se cometan estos actos. El crear este instrumento es proporcionar una herramienta que, junto con otras, como son: entrevista, pruebas psicológicas, historia clínica, y la observación directa dentro de los ámbitos social, familiar y escolar; ayuden a la prevención del suicidio en esta etapa del desarrollo evolutivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A menudo la familia y los amigos de una persona suicida, no se dan cuenta del riesgo en el que se encuentra el individuo y esto contribuye a que la persona se sienta sola, desamparada triste, etc., y considere el intento de suicidio como una forma de llamar la atención de su entorno social y familiar –"llamado de auxilio"- porque la sensación de incomprensión y de impotencia aumenta cuando no encuentra respuestas en su medio. El verdadero riesgo es que en este intento de demandar ayuda, la persona se quite la vida.

Es importante mencionar que con frecuencia, las personas suicidas comunican sentimientos racionalizados, hay una vulnerabilidad emocional, se encuentran desesperados, indefensos y muy probablemente han sufrido estados depresivos. En algunas investigaciones realizadas por diversos autores -Rado (1938), Farberow (1969), Hendin (1951)-, se han considerado el suicidio y la depresión como problemas estrechamente relacionados, ya que han concluido que en general existe una relación entre depresión y los intentos o consumación del suicidio, aunque señalan también que varían los porcentajes de personas suicidas en estado depresivo. Cameron (1988), opina que los suicidios comúnmente ocurren en personas con Trastornos Maniaco-Depresivos o Trastornos Bipolares, en el que los suicidios ocurren cuando el sujeto se encuentra en una fase maniaca. Cameron considera que la persona en la fase depresiva no logra interesarse por la gente, por las cosas o por actividades; renuncia a tener iniciativa, por lo tanto, en esta fase los suicidios no ocurren. Por otro lado, en la manía, en la que hay una sobreactividad, es cuando hay riesgo de suicidio. Es decir, aunque exista una relación entre suicidio y depresión, no necesariamente la persona que se suicida, se encontraba en un estado depresivo en el momento del acto suicida. Sin embargo, es muy probable que hayan experimentado estados depresivos previos al acto, es por ello que se revisa en esta investigación, la relación de la depresión con el suicidio.

Las investigaciones del INEGI y de diversos autores, reportan que el suicidio ocurre mayoritariamente en adolescentes. Ahora bien, podemos preguntarnos por

qué un joven en la plenitud de la vida se siente harto de vivir... esto se ha venido estudiando a través del tiempo y todavía no se han encontrado todos los factores que predisponen a que se tome esta decisión. Hay estudios que consideran que el suicidio es un tema inacabado y que exige una profundización inmediata debido a su incremento. El adolescente está viviendo diariamente una de las etapas más difíciles, ya que en él se están dando cambios biopsicosociales que lo afectan profundamente y que le hacen actuar de diferente manera; ya no es un niño, pero tampoco un adulto. En la adolescencia, el individuo presenta una reorganización de su personalidad. Aberastury y Knobel (1978) expresan que: *"El adolescente atraviesa por un desequilibrio e inestabilidad extrema"*. Es en esta etapa, cuando el adolescente requiere de una mayor atención por parte del medio familiar y social; es cuando el joven esta tratando de ajustarse al mundo con su nueva personalidad, pues su cuerpo está cambiado, sus emociones entran en conflicto, su sexualidad ha tomado una importancia muy elevada en la vida, sus relaciones sociales se modifican, busca aceptación, etc. La etapa de la adolescencia puede ser recorrida con éxito cuando se cuenta con el apoyo que se necesita en la escuela, en la comunidad y muy especialmente en la familia, pues es en ésta donde el individuo nace, crece y muere como persona. Sin embargo cuando no se cuenta con este apoyo, es posible que el adolescente encuentre formas destructivas de conducta, para afrontar los cambios que surgen en él. Puede empezar a actuar impulsivamente, a delinquir, a ingerir sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.), a exponer su vida y en el peor de los casos a intentar suicidarse y conseguirlo.

Se concluye en esta investigación que los resultados dan la pauta para la realización de programas preventivos dirigidos a la población adolescente con el fin de mantener la salud mental y disminuir el índice de suicidios. Es necesario considerar, el fenómeno del suicidio, las características de la adolescencia y las actitudes, para examinar desde una perspectiva psicológica-social las *"actitudes de adolescentes ante el suicidio"* en esta investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPÍTULO I

## SUICIDIO

### 1.1. DEFINICIÓN

La problemática del suicidio es en sí misma muy compleja; para aproximarse al suicidio como el acto consumado, es necesario que se reconozca que el suicidio consumado y la ideación suicida son aspectos que requieren atención, dado el constante aumento en las tasas de incidencia y prevalencia, tanto en México como en otros países. De hecho, se ha identificado, de acuerdo a diversas investigaciones -Shaffer, Garland, Gould, Fisher, Tautman, 1988, (citado en González-Forteza, 1995), al intento suicida como uno de los mejores predictores del suicidio consumado. A su vez la ideación suicida está estrechamente relacionada con los intentos y suicidios consumados. Estos datos sugieren un continuo en la conducta suicida: 1) la ideación suicida, 2) rasgos suicidas, 3) intentos de suicidio, y 4) suicidio consumado (Diekstra, 1989). Es importante aclarar que aunque cada uno de estos puntos está relacionado entre sí, no necesariamente ocurre de esta manera, puede darse el caso de que no apareciera la ideación o el intento y sin embargo ocurrir un suicidio, es el caso de los suicidios por accidente, es decir, a pesar de que los datos sugieren que así ocurre no se puede caer en el error de la generalización. Este panorama pone en evidencia la necesidad de orientar esfuerzos hacia la prevención de esta problemática. Es por ello que en este capítulo, se consideran las conceptualizaciones referentes al suicidio consumado, al intento suicida y a la ideación suicida, así como a los indicadores o señales que la persona en riesgo suicida manifiesta en su lenguaje, conducta, pensamiento y/o relaciones sociales. En este capítulo se revisan ampliamente las contribuciones respecto al suicidio de los enfoques psicoanalítico

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y social, tomando en cuenta que son los enfoques que han contribuido de una manera importante a un mejor y más amplio entendimiento del suicidio.

Es fundamental la revisión de lo que los autores definen como suicidio, pues su clarificación servirá como base de análisis para el entendimiento de los factores que se relacionan con el suicidio. La palabra "suicidio", proviene del latín sui: (sí mismo) y cidium (muerte, del verbo coedere: matar). Es decir etimológicamente significa: *"darse a sí mismo la muerte"*. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), manifiesta que *"suicidio se refiere a las personas cuyo acto o conducta destruye su propia existencia"*. La enciclopedia británica (1984), lo define como: *"El acto voluntario e intencional de autodestrucción"*, en esta definición ya hay dos elementos, se menciona *"acto voluntario"* y *"autodestructivo"*. Durkheim (1897) definió suicidio como *"todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado"*. Durkheim menciona que la víctima sabe que debe producir ese resultado, por lo que se entiende también que es un acto voluntario. Más adelante se retomará la definición de Durkheim, en el apartado de enfoque social. Marchiori, (1998) y Morón, (1977), coinciden en su definición de suicidio, puesto que ambos dicen que el suicidio es la autodestrucción voluntaria y deliberada de la propia vida. Sin embargo Marchiori agrega: *"es un comportamiento intencional autodestructivo, llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente vulnerable, agravado por un contexto familiar-social"*. Vulnerabilidad, refiere Marchiori (1990 y 1992) *"es no poder percibir el peligro de la agresión y de la autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar y de protegerse... representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio"*. Con la contribución de Marchiori, entonces puede considerarse que, el suicidio ocurre en una etapa de la vida, en la que el individuo es más vulnerable o más sensible que en otras etapas. Stengel (1965), menciona también la autodestrucción y el realizarlo de una manera consciente: *"el suicidio significa el acto fatal, la muerte... llevado a cabo en un consciente intento"*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*autodestructivo*". Stengel refiere que autodestrucción es un concepto psicológico específico, que entra en función cuando los mecanismos de adaptación del individuo fallan para proporcionar la satisfacción de ciertas necesidades entonces, el individuo puede recurrir a otros medios de satisfacción, uno de estos medios es la autodestrucción. Para Tozzini (1969), *"el suicidio lo realiza la persona que renuncia a la vida con una voluntariedad preñada de exclusivos deseos de autoeliminación"*. Menninger (1952), expresaba que *"toda clase de conducta hostil a la salud y a la vida es interpretada como la expresión del instinto de muerte dirigido contra el yo; el suicidio es la manifestación extrema"*. Considerando la opinión de Menninger, puede agregarse entonces que el suicidio es el grado máximo de la autodestrucción, implicando entonces que existen otras conductas autodestructivas como son la drogadicción, la delincuencia, el desinterés por la propia salud y bienestar, temas que son retomados más adelante. La palabra suicidio se puede aplicar a tal variedad de actos, sentimientos, tendencias y comportamientos, por lo que se hablará de *"ideación suicida"* y *"comportamiento suicida"* al referirse a ideas y pensamientos en el primer término; y a los actos, tendencias y comportamientos autodestructivos en el segundo término, y al *"suicidio"* al acto consumado como tal.

Retomando lo que dice Marchiori (1998) de que el suicidio es una situación que ocurre en una etapa de la vida altamente vulnerable, puede decirse que, en el suicidio como situación se puede estudiar cada caso como un fenómeno particular, configurado a su vez por otras situaciones que le dan límite y forma: externas o sociales e internas o psicológicas. Es decir, el suicidio ocurre como una situación en la que intervinieron otra serie de situaciones para llegar a esa determinación; esas diferentes situaciones pueden provenir de causas sociales, psicológicas o incluso hereditarias.

Dentro de la medicina legal (Rojas, 1982), el suicidio es considerado como un término que se refiere particularmente a un dato específico que debe incluirse en un certificado de defunción como indicación de una manera de morir. La medicina

legal, considera al suicidio simplemente como una forma de morir. Puede pensarse entonces que al suicidio desde este enfoque, se le considera de una manera muy simplista, sólo como un modo más de morir, restando importancia a los factores psicológicos y sociales que llevaron a esta "forma de morir", porque si bien es cierto, que muchas veces no se pueden evitar los accidentes, las enfermedades y otras causas que llevan a la muerte; el suicidio es una forma de morir que puede evitarse, que quizá necesita de una detección oportuna por parte del medio, de que un individuo está en riesgo suicida, o que puede considerar en un momento dado el suicidio. Pero no se trata de hacer una crítica a la medicina legal, pues es una ciencia aplicada que no se ocupa de la explicación de los fenómenos en términos de encontrar las posibles causas; es por esta razón que la psicología tiene una importante labor aquí, pues debe de tomar en cuenta, siempre que se hable de suicidio que; éste no ocurre simplemente como una forma de morir repentina, sino que, generalmente una persona que ha considerado o incluso intentando consumar un suicidio, ha dado señales en su forma de hablar, en su comportamiento, en su pensamiento y en sus relaciones sociales que deben valorarse con cuidado para detectar a tiempo y en consecuencia proporcionar ayuda psicológica a personas que se considera o se sospecha puedan estar en riesgo suicida. En esta investigación se considera el suicidio como el acto consumado pero también y con igual profundidad los diferentes factores que impulsan a un individuo a realizar dicho acto, como pueden ser: su historia, los determinantes hereditarios, la disposición suicida, las ideas y pensamientos suicidas, los conflictos internos, así como los intentos suicidas previos.

La eutanasia, es un tema generador de controversia, la eutanasia activa es la acción deliberada ejecutada con el propósito de quitar la vida para terminar con el sufrimiento o cumplir los deseos de un paciente terminal. La eutanasia pasiva es la muerte piadosa, y en ella no se aplica ningún tratamiento que pueda prolongar la vida, tales como medicamentos, sistemas de soporte o tubos de alimentación (Papalia, 1997). Aunque la eutanasia activa suscita demasiada controversia, la

mayoría de la gente no está a favor de preservar la vida en todos los casos. En una encuesta realizada por el New York Times y CBS en 1990, el 53% de los encuestados dijo que a los médicos se les debería permitir asistir a una persona enferma para decidir sobre su propia vida -Malcom, 1990, (citado en Papalia, 1997). La eutanasia activa puede ser muy común quizá siguiendo el patrón de los Países Bajos. Una ley aprobada en 1993 legisla sobre la eutanasia bajo estrictas condiciones. El paciente debe hacer la solicitud libremente y durante un tiempo, sin presiones de otros; el sufrimiento del paciente debe ser irreductible y sin esperanza de recuperación; otro médico debe estar de acuerdo con la conveniencia de la eutanasia y el método a seguir, y se debe presentar un completo informe escrito. En Estados Unidos, el presidente de la Comisión para el estudio de los problemas éticos en medicina, biomedicina e investigación de conducta propuso que a los pacientes competentes mentalmente se les permitiera suspender el tratamiento médico que los mantuviera con vida sin ninguna esperanza de curación o de mejorar su condición. La comisión recomendó que se prohibiera terminar con la vida en forma intencional pero que a los facultativos se les permitiera administrar drogas que pudieran disminuir la vida si la razón para administrarlas es aliviar el dolor -Schmeck, 1983 (citado en Papalia, 1997). Desde que la Corte Suprema de Estados Unidos legisló que una persona cuyos deseos sean claramente conocidos, tiene el derecho constitucional de suspender el tratamiento que lo mantenga vivo -Greenhouse, 1990 (citado en Papalia, 1997), más personas han determinado por escrito las clases de medidas que desean o que no desean, tomar en caso de que se hallen incompetentes mentalmente o sean enfermos terminales. Los deseos de la persona pueden expresarse en un documento llamado "testamento en vida", el cual analiza el poder que se otorga a un abogado. Dentro del tema de la eutanasia, existen posturas que apoyan este acto y otras que no. Sin embargo, en este trabajo no se considera a la eutanasia como tema de interés a investigar, porque a pesar de que ésta es considerada comúnmente como una forma de suicidio, éste no es realizado por el paciente mismo, sino en la mayoría de los casos por el médico, enfermeras y/o familiares o por medio de la omisión de tratamientos que preserven la vida del paciente y pese

a que la finalidad es la de acabar con la vida misma, es realizado con la intención de evitar más dolor, sufrimiento y agonía en pacientes terminales que difícilmente se pueden reponer, y que por el contrario, tienen probabilidades de empeorar hasta llegar finalmente al resultado de morir, es importante indicar que aunque se considera que dentro de las motivaciones del suicidio también hay dolor y sufrimiento, estos no son terminales, y existe la posibilidad de evitar más sufrimiento sin la necesidad de acabar con la propia vida.

Tomando en consideración el discurso que los autores refieren sobre el suicidio, puede decirse entonces, que éste es: *"la acción intencional, consciente y voluntaria, que sucede en una etapa en la que el individuo, se encuentra altamente vulnerable agravado por el contexto familiar y social, realizada con la finalidad de destruir su propia vida"*. Esta definición se considera fundamental para la presente investigación. Sin embargo, se menciona al inicio de capítulo que hay un continuo en la conducta suicida, - ideación, rasgos o conductas suicidas, intentos y el acto consumado como tal- y se hace hincapié que aunque esto suele ocurrir comúnmente en un suicidio, no se puede caer en la generalización, cada caso es único y particular, por lo tanto, este continuum servirá únicamente como un marco de referencia para tratar de apegarse a éste cuando se hable de suicidio, no por ello se manifiesta que así deba de ocurrir siempre, existen casos de suicidio en los que el individuo no tiene la intención de autodestruirse pero que sin embargo así ocurrió, sea por descuido, por negligencia o por accidente en la manipulación de objetos peligrosos tales como armas, herramientas punzo cortantes, etc. o en la manipulación de sustancias químicas peligrosas. Se consideran como punto de interés en esta investigación, aquellos suicidios en los que aparece el continuum de la conducta suicida (ideación, rasgos, intentos y el acto consumado) y también aquellos casos en que hay intentos de suicidio, pero sin la intención de lograrlo, sino como una forma de demandar atención o ayuda del entorno social. Estos suicidio son considerados como "suicidios abortados" o "gestos suicidas" en el apartado de *Intentos Suicidas*, se revisan ampliamente este tipo de suicidios. En este tipo de suicidios, pese a que no hay una deliberada

intención de acabar con la propia vida, si hay una problemática que requiere atención y es importante considerar estos casos como riesgosos de cometer suicidio, aun cuando la intención no sea ésta, pues de cualquier forma, el individuo está enviando mensajes de que necesita atención. Es por ello que también se consideran estos suicidios como punto de interés en esta investigación.

## 1.2. ENFOQUES QUE EXPLICAN EL SUICIDIO

Entre los distintos enfoques psicológicos se encuentra que el psicoanálisis y la psicología social son los que han contribuido de manera importante en el estudio del suicidio. Dentro de los distintos enfoques psicológicos como el conductismo (Watson, Lashley, Thorndike, Cattell, Pavlov, Meyer, Tolman, etc), el humanismo (Maslow, Rogers, Shutz, etc.) y la gestalt (Wertheimer, Köhler, Koffka, Perls, Müller, etc.) no se encuentra una investigación escrita respecto del suicidio. Esto quizá pueda deberse a que el conductismo, cuyo sistema fue creado por Watson fundamenta su interés en la psicología bajo dos posturas; una positiva y otra negativa. En lo que respecta al aspecto positivo, propone una psicología completamente objetiva que pretende aplicar las técnicas y los principios de la psicología animal a los seres humanos, postura conocida dentro del conductismo como conductismo metodológico o empírico. Por otra parte, el aspecto negativo aparece en las invectivas de Watson contra los conceptos mentalistas, adopta una definida posición al negar (por lo menos implícitamente) la existencia de la mente, postura conocida dentro del conductismo como conductismo metafísico o radical. He aquí el resumen de la posición del conductismo:

"La psicología, tal como la ve el conductista, es una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no constituye una parte esencial de sus métodos... en sus esfuerzos por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, el conductista no reconoce ninguna línea divisoria entre el hombre y el bruto. La conducta del hombre con todo su refinamiento y complejidad, no es más que una parte del esquema total de investigación del conductista..." (Marx y Hillix, 1995).

Bajo esta premisa, no es factible estudiar el suicidio bajo el enfoque conductista. Respecto de la corriente gestaltista, es una teoría que su mayor aportación es la percepción, figura-fondo, y sus postulados básicos es que "el todo domina las partes y constituye la realidad primaria, el dato primario de la psicología, la unidad más provechosa" y " el todo no es la suma, ni el producto, ni una simple función de sus partes, sino un campo cuyo carácter depende principalmente de sí mismo", la premisa es que cuando una parte se altera, va a alterarse toda la gestalt. (Marx y Hillix, 1995). Es cierto que la psicología de la Gestalt retoma del psicoanálisis el concepto de conciencia, pero niega la existencia de un inconsciente, refiriendo solamente que hay cosas a las que el ser humano no presta atención, pero todo está en la conciencia. Es indispensable en este estudio tomar en cuenta la existencia del inconsciente, pues, dentro de las motivaciones para cometer suicidio, se consideran las motivaciones inconscientes, por lo tanto tampoco la psicología de la Gestalt aportan investigaciones en el estudio del suicidio. Por otro lado, el humanismo es una teoría enfocada a las motivaciones, necesidades e impulsos, sin embargo, su teoría no hace referencia alguna al suicidio, es un tema del cual se ocupa principalmente el psicoanálisis. Por ejemplo: el humanismo considera que un impulso es una disposición innata hacia el logro de una meta temporal y distingue tres tipos de impulsos: autoconservación, autodesarrollo e impulsos humanos tales como el deseo de objetivos intelectuales, ideales y culturales (Wolman, 1994). El humanismo considera al hombre bueno por naturaleza, esto se contrapone al psicoanálisis que considera al hombre con instintos sexuales y agresivos. Maslow por ejemplo, se dio cuenta que no todos los animales son agresivos sino que se volvían agresivos de acuerdo a su medio, no obstante, no se encuentran escritos respecto al suicidio o que se pudieran en un momento dado interpretar como escritos del suicidio. Es por esta razón que el presente trabajo se basa principalmente en la literatura psicoanalítica, pues es un enfoque que retoma factores que son importantes en el estudio del suicidio, como pueden ser factores familiares, sociales, emocionales; Freud (1948), en su escrito "el inconsciente" refiere que el motor o la fuerza que lleva a un individuo a eliminarse, se encuentran en el inconsciente y están

relacionadas con la infancia del individuo. Del mismo modo el presente trabajo, se basa también en la psicología social, pues el suicidio es un tema de carácter social, es una problemática que ocurre en sociedades, por tanto, no puede dejarse de lado el aspecto social. De hecho Durkheim (1897), aporta una de las primeras definiciones del suicidio y explica que la probabilidad de que éste ocurra será determinado en función de la integración del individuo en la sociedad.

### 1.2.1. Enfoque Social

La contribución sociológica de mayor importancia en cuanto al suicidio es la hecha por Durkheim (1897), recordando su definición, este es: *"todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado"*. Durkheim en su libro titulado "El Suicidio", menciona que el principio más destacado era que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades externas al individuo. Las instituciones sociales, tales como la familia y los grupos religiosos, eran fuerzas extrapersonales. La sociología debía ser objetiva, puesto que manejaba realidades definidas. La gravitación del suicidio era una de ellas. El suicidio, constituye un hecho altamente personal, sin embargo éste es sólo explicable por la integración del individuo en la sociedad a la que pertenece. De esta manera, cuanto más poderosamente el individuo estuviera integrado con los grupos sociales, tanto menor sería la probabilidad del suicidio. Por lo tanto, el suicidio era relativamente improbable entre miembros de familias numerosas y muy religiosas u otros grupos sociales. *"El suicidio varía inversamente con el grado de integración con el grupo social del que el individuo forma parte"*. Muchos estudios realizados acerca del suicidio muestran que éste está asociado por lo menos estadísticamente con la ausencia o pérdida de importantes relaciones sociales. Entonces, la sociedad y la integración a ésta, será determinante en la consumación de un acto suicida.

### **1.2.1.1. Tipos de Suicidio de acuerdo al Enfoque Social**

Así pues siguiendo la contribución de Durkheim (1897), se puede analizar la clasificación de los tipos de suicidio, que dependían de acuerdo con él, del tipo de perturbación entre la sociedad y el individuo:

**1.2.1.1.1 Suicidio egoísta:** *Un individualismo anormal traía como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad y reducía la inmunidad del sujeto contra la inclinación suicida colectiva. Este tipo de suicidio era el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado a ella. Incluye la mayoría de los suicidios debidos a enfermedades físicas y mentales, como también los suicidios de los desamparados.*

**1.2.1.1.2 Suicidio altruista:** *Lá gente sobre la que la sociedad tenía una influencia demasiado estricta y que a la vez tenía muy poco individualismo podía ser impulsada a la autodestrucción por excesivo altruismo y sentido del deber. A esta categoría pertenecían el anciano y el enfermo que querían aliviar de sí mismos a la sociedad; las mujeres que seguían a sus maridos a la muerte; los seguidores o sirvientes que se mataban tras la muerte de sus jefes. El suicidio altruista inspiraba respeto y admiración.*

**1.2.1.1.3. Suicidio anómico:** *Si la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos, estado de cosas que Durkheim llamó anomia, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales, eran manifestaciones de la anomia. Desembocaban en trastornos de la organización colectiva, lo que a su vez reducía la inmunidad del individuo contra las tendencias suicidas. Esto explicaba la alta tasa de suicidios entre los divorciados.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como puede notarse, la sociedad entonces, afectará de manera importante las tendencias suicidas, desde este punto de vista, pueden presentarse tres tipos de interacción que afectarán la disposición al suicidio: la falta de interés del individuo por la sociedad y no estar lo suficientemente integrado a ella; la excesiva integración hacia la misma; y cuando el individuo percibe que la sociedad ha fracasado con respecto a él, es decir cuando la sociedad no es lo suficientemente fuerte para mantener un control y regular la conducta de sus individuos. Antes de hacer un análisis de las contribuciones sociales realizadas por Durkheim (1897), es importante conocer las contribuciones del enfoque psicoanalítico referentes al suicidio, para posteriormente realizar un análisis de ambos enfoques.

### 1.2.2. Enfoque Psicoanalítico

En la teoría psicoanalítica -Freud 1917, (citado en Marx y Hillix, 1995), considera que los instintos activos en el aparato psíquico podían dividirse en dos importantes grupos: los instintos de vida y los instintos destructivos denominados comúnmente, instintos de muerte. Freud consideraba que los instintos de vida son de conservación y tienden a una continua integración, Freud llamó libido a la energía puesta al servicio de los instintos de vida; mientras que, los instintos de muerte buscan la desintegración del individuo, de acuerdo a Freud el instinto de muerte *"es aquél que tiende a la destrucción del individuo, a su muerte; se presenta desde el punto de vista psicológico como huida de la realidad, y se opone a los impulsos de vida que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio"*. A este respecto coincide con lo que opina Menninger (1952), quien sostiene que toda clase de conducta hostil a la salud y contra la vida constituye la expresión del instinto de muerte dirigido contra el Yo, siendo el suicidio su manifestación más extrema. Menninger describe tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir. El comportamiento suicida surge cuando la libido se convierte en un impulso agresivo, dando lugar al comportamiento destructivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Freud 1917, (citado en Marx y Hillix, 1995), describió solamente a un paciente que había intentado suicidarse, pero observó a un buen número de pacientes deprimidos, obteniendo de esta observación, la siguiente afirmación *"el odio a uno mismo observado en la depresión originaba una cólera hacia un objeto de amor, cólera que la persona hacía volver sobre sí misma"*. Consideró el suicidio como la forma última de este fenómeno, y dudó de que hubiera un suicidio sin un interior deseo reprimido de matar a alguien. De modo similar, Steckel (1910), expresó el punto de vista de que *"nadie se suicida sin haber previamente considerado matar a otra persona"*. Entonces de acuerdo a Freud y a Steckel, en el suicidio, hay connotaciones de querer lastimar a otro, pero a fin de cuentas, la persona vuelca esa ira contra sí mismo. Esta línea de pensamiento considera que todo acto suicida conlleva elementos agresivos. Por eso, se considera importante, revisar el proceso de la melancolía en donde hay una verdadera explosión agresiva contra sí mismo, se describe como de carácter regresivo incorporativo, en el que la agresión aparece como un medio de posesión-destrucción. Es decir, se incorpora hacia uno mismo toda la agresión que era inicialmente, dirigida hacia el exterior.

Dentro del psicoanálisis, los conceptos de "duelo" y "melancolía", tienen una estrecha relación con la conducta suicida, por ello en su obra "Duelo y Melancolía" -Freud, 1917, (citado en Marx y Hillix, 1995), busca como término de comparación aquel estado psíquico llamado duelo (aflicción), en que se encuentra un sujeto después de haber sufrido la pérdida de alguien querido como por ejemplo; en el caso de la muerte de algún familiar. En el duelo, el sujeto tiene que conseguir retirar sus cargas libidinales o sea sus afectos, debido a la inercia psíquica, esta labor supone un esfuerzo y dicho trabajo del duelo es doloroso. En términos corrientes: es penoso olvidar a alguien que se ha querido. En la melancolía, la investigación psicoanalítica es capaz de demostrar que también aquí existe la pérdida de un objeto querido, pero a diferencia de lo que ocurre en el duelo, a menudo esta pérdida no ha ocurrido en la realidad exterior, sino solamente en el psiquismo del sujeto —en su percepción—, que por varios motivos, se ha visto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

obligado a romper sus conexiones psíquicas con una persona querida, no por la muerte sino por desengaño, decepción, desilusión, etc. Este proceso se enmascara, porque no transcurre en la conciencia del enfermo; el sujeto enfermo no quiere darse cuenta de este proceso y por ello realiza inconscientemente el trabajo de la reparación afectiva. Por lo tanto, la existencia de una pérdida, real o intrapsíquica de un objeto querido aproxima al duelo normal o a la melancolía patológica separándose ambas afecciones por la conciencia o inconsciencia del proceso. Realmente el aspecto exterior tanto del duelo como de la melancolía, justifica la comparación, porque en las dos existe la tristeza, el desinterés por lo circundante y la inhibición, es decir, en ambas hay una tristeza, una inhibición y un desinterés por el medio; sin embargo, dependiendo de qué tan consciente esté el individuo de este proceso, independientemente si la pérdida es real o no, se vivirá como un duelo normal, en el que la afección disminuye paulatinamente, en aras de un restablecimiento psíquico, en cambio, en la melancolía, debido a lo inconsciente del proceso, el individuo se conduce como si lo perdido hubiese sido su propio Yo, su falta de interés ante todo hacia sí mismo. El sujeto melancólico se considera indigno y desea su propia muerte.

Al referirnos a la definición de suicidio, hay un elemento de suma importancia: *la autodestrucción*. Considerada en repetidas ocasiones por los autores al hablar de suicidio. A este respecto Stengel (1965), refiere que autodestrucción es un concepto psicológico específico, que implica una psicodinamia consciente o inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo con las características peculiares del ego, etc. Los seres humanos, al igual que los demás organismos, tienen una serie de mecanismos adaptativos, los cuales se desarrollan a fin de proporcionar satisfacción a ciertas necesidades instintivas dentro de su marco de referencia. Cuando estos mecanismos adaptativos se tornan inadecuados para procurar la satisfacción deseada, uno de los resultados posibles es la utilización de actos de autodestrucción. La disparidad entre las formas primitivas de comportamiento y las expectativas más elevadas, junto con la acción del medio sobre el individuo, puede dar lugar a un estado de posible autodestrucción. Por lo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tanto es importante conocer las intenciones de la persona en relación a la muerte, pues los aspectos interpersonales se basan en la consideración del comportamiento autodestructivo como un medio de comunicar a los otros, diversos sentimientos, demandas o súplicas. Así pues, el comportamiento autodestructivo se convierte, en parte, en una comunicación con un propósito determinado y un contenido dirigido hacia un público específico, que sería la familia, los amigos, los maestros, etc. Esto implica que cuando un individuo se siente insatisfecho con su vida, o con su entorno, puede optar por conductas inadecuadas desde la agresión dirigida contra los demás -delincuencia- hasta la autoagresión como la drogadicción, e incluso el suicidio. De esta forma, puede apreciarse que tanto el aspecto social como el psicoanalítico, tienen una gran importancia para el tema del suicidio.

Hay dos elementos importantes que los teóricos han considerado en el suicidio: la depresión y la agresión. Estos elementos son mencionados por Freud 1917, (citado en Marx y Hillix, 1995) al afirmar que *"el odio a uno mismo observado en la depresión originaba una cólera hacia un objeto de amor, cólera que la persona hacía volver sobre sí misma"*. La agresión y destrucción también ha sido mencionada en las definiciones de los distintos autores. Al respecto, se revisa la contribución de Adler, 1944; Sullivan, 1953 y Frieda Fromm-Reichmann, 1950, (citados en Jacobs, 1971).

Para Adler, 1944 (citado en Jacobs, 1971) en el suicidio existe una *"agresión velada"*: considerada como el estilo de vida del suicida potencial que se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando él mismo se lesiona. En el suicidio, el estilo de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás y crear simpatías, es por eso que también se encuentra autoacusación y súplicas de perdón en las notas dejadas por los suicidas. Sucede que muchos de los autoreproches y autoacusaciones son injustificadas en lo que al sujeto mismo se refiere, pero en cambio, son reproches que pueden dirigirse al objeto, es decir a la persona que se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pretende hacer sufrir con el suicidio. Sullivan 1953, (citado en Jacobs, 1971), considera que el paciente suicida, tiene como blanco de su autodestrucción a una o más personas conscientemente o no, para que sufran el resto de su vida porque el paciente se quitó la vida. Sullivan, además pone énfasis en la interacción de los aspectos del suicidio, y afirma que éste es usualmente una actividad autodestructiva que refleja un odio y hostilidad hacia otros (su entorno). Lo que en términos de Adler, sería una agresión velada. Frieda Fromm-Reichmann, (1950) (Citada en Jacobs, 1971), subraya la importancia de investigar los sentimientos de tristeza, desesperación y desaliento de las personas suicidas, a la vez que procura hacerlos conscientes de las tendencias destructivas que abrigan contra otras personas.

En el suicidio hay de acuerdo a los teóricos psicoanalistas, elementos agresivos dirigidos contra el Yo, elementos depresivos originados por el duelo patológico o la melancolía. Puede decirse en términos generales que la teoría psicoanalítica sostiene que el suicidio procede de un instinto de muerte que se vuelve autodirigido al verse reprimida la posibilidad de dirigirlo hacia el exterior o hacia los demás. Desde el punto de vista social, Durkheim (1897), señala que el suicidio está asociado con la ausencia o pérdida de importantes relaciones sociales, lo que en términos psicoanalíticos sería considerado como el duelo, esta pérdida, puede llevar al individuo a tener un desequilibrio en sus mecanismos adaptativos y surgir entonces la agresión que al encausarse hacia el interior, se manifiestan como conductas suicidas: la drogadicción, el alcoholismo que pueden desembocar en un suicidio, (la manifestación extrema de esta autoagresión); o al dirigirla al exterior da lugar a conductas delictivas o antisociales.

Entonces, desde el punto de vista psicoanalítico el motor o la fuerza que lleva a un individuo a eliminarse, se encuentran en el inconsciente y están relacionadas con la infancia y los mecanismos adaptativos del individuo. Desde el punto de vista social, la sociedad y la integración a ésta, será determinante en la consumación del acto suicida. Tanto la psicología social como el psicoanálisis, dos

enfoques de la conducta humana aparentemente distintos en la concepción de sus explicaciones al fenómeno del suicidio; poseen elementos en común: el enfoque socialista de Durkheim (1897), considera que la sociedad en su conjunto afecta el comportamiento del individuo, en función de que a mayor integración a las normas sociales, menor probabilidad de que ocurra un suicidio; sin embargo, cuando esta integración es demasiada (suicidio altruista) puede ocurrir el suicidio, cuando las relaciones sociales son defectuosas (suicidio egoísta), o no hay integración a estas normas (suicidio anómico), el individuo rompe su equilibrio social facilitando así la consumación de un acto suicida; el enfoque psicoanalista, considera importante dentro del suicidio, el instinto de muerte dirigido contra sí mismo originado por las características de personalidad del individuo, que al no satisfacer sus necesidades por medio de sus mecanismos adaptativos, opta por conductas autodestructivas que según explica el psicoanálisis tienen componentes inconscientes. Así ambos enfoques tienen un aspecto importante en común: ambas contemplan las acciones del individuo como el resultado de fuerzas poderosas sobre las cuales tiene sólo un control limitado. Durkheim localizó dichas fuerzas en la sociedad; Freud, en el inconsciente.

Aun cuando el tema primordial de interés en esta investigación es el suicidio, es importante conocer, las conductas y manifestaciones previas a este acto, es decir conocer en qué forma un individuo puede manifestar sus pensamientos suicidas. Es por ello que se analizan a continuación los intentos suicidas, los indicadores y pensamientos suicidas, es decir la ideación suicida.

### **1.3. INTENTOS SUICIDAS.**

Los intentos suicidas, obran como las señales más importantes que hay que tomar en cuenta al hablar del riesgo suicida, pues, se han identificado, de acuerdo a diversas investigaciones -Shaffer, Garland, Gould, Fisher, Tautman, 1988, (citados en González Forteza, 1995), a los intentos suicidas como uno de los

mejores predictores del suicidio consumado. Retomando la definición de suicidio, este es : *"la acción intencional, consciente y voluntaria, que sucede en una etapa en la que el individuo, se encuentra altamente vulnerable agravado por el contexto familiar y social, realizada con la finalidad de destruir su propia vida"*. Es importante definir también el intento suicida, éste es el fracaso del acto de autoeliminarse, sin embargo no es sólo eso, es indispensable hacer notar una diferencia de suma importancia: en un intento suicida, la persona no necesariamente tiene la intención de autoeliminarse, puede ser una forma de demandar ayuda, considerándose como un "llamado de auxilio", con el riesgo verdadero de lograr dicho acto. Es decir, una persona que intenta suicidarse puede o no tener la intención de acabar con su propia vida. Al hacer referencia al "intento de suicidio" , es importante tomar en cuenta la contribución realizada por el Doctor James M. A. Weiss (1957), en una revisión de los datos disponibles sobre suicidios e intentos de suicidio, él separa los intentos de suicidio en tres grupos principales:

**a) Verdaderos intentos de suicidio:** *Estas personas intentan seriamente destruirse y lo lograrían si sus esfuerzos no se vieran frustrados por acontecimientos fortuitos, como atenciones médicas oportunas o por cierta ignorancia o ineptitud de su parte. Además, en casi todos los intentos de suicidio va incluido un llamado de ayuda.*

**b) Suicidios abortados:** *Este grupo de personas no están totalmente determinadas a destruirse a sí mismas, pero, a sabiendas, se juegan la vida en aras de un premio, esperando ganar y vivir a pesar del peligro involucrado. En general, estas personas buscan apoyo y dependencia.*

**c) Gestos suicidas:** *Estas personas, tratan de evitar cualquier peligro al hacer su gesto; se caracteriza por tratar de emplear el chantaje o alguna otra forma de influir sobre los demás, a fin de llevar a cabo una evasión o explotación consciente.*

El Dr. Weiss (1957), señala que en un intento suicida pueden existir deseos reales de destruir la propia vida o bien evitar cualquier peligro real al hacer el gesto suicida. Pero en cualquier caso, hay un pedido de auxilio por parte de la persona que intenta el suicidio. Farberow y Shnaider (1969), refieren que el intento suicida es un "grito de socorro" en el que el sujeto transmite un mensaje desesperado de angustia y sufrimiento con la esperanza de recibir ayuda de los que le rodean. El que sólo intenta suicidarse pretende llamar la atención y así recuperar al objeto perdido, es una forma de obtener "un tipo peculiar de relación humana". Es la expresión de la angustia que produce el miedo a perder el objeto amado, por lo tanto es un desesperado y último intento por recuperarlo. El intento suicida se presenta generalmente en la depresión neurótica y es más bien un chantaje que un real deseo de morir. El hecho de sobrevivir hace del intento suicida una pauta de conducta diferente a la del suicidio y un suceso significativo a menudo momentáneo en la vida de una persona. La agresión dirigida contra los otros es más manifiesta en los intentos suicidas que en el suicidio. Puede notarse que en opinión de estos dos autores, el intento suicida es una forma de pedir auxilio, lo que significaría que la persona que intenta suicidarse, realmente no pretende lograrlo, pero sí denota una de las más claras señales por parte de la persona suicida, de que necesita atención por parte de su medio.

Los intentos suicidas obran como señales de alarma y tienen el efecto de un pedido de ayuda, aun cuando dicho "llamado" pueda no haber sido conscientemente intencionado. El efecto de "llamado" del intento suicida sobre los parientes y amigos se deriva de los sentimientos de culpa que crea en ellos, incluso si no se sienten directamente responsables de él. En opinión de Ballesteros (1980), los efectos psicológicos del intento suicida, sobre los allegados a la persona que trató de quitarse la vida tienen relación con las reacciones de pesar y culpa. Ballesteros encuentra que los efectos de la pérdida sobre la gente cercana al muerto, generalmente se presentan como una erupción de amor póstumo o, al menos, de sentimientos de ternura hacia él; una sensación de culpa

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

por no haberlo querido lo suficiente y no haber hecho bastante por él; remordimiento de que sea demasiado tarde para hacer bien (Ballesteros, 1980).

La función de "llamado" de los intentos suicidas no implica que el deseo de pedir ayuda sea un motivo consciente. Este es el caso en sólo una minoría de intentos suicidas; pero todos ellos tienen un efecto de demanda potencial de ayuda. Se puede suponer que esa respuesta predecible del medio en el caso de sobrevivir pudo desempeñar un papel en la motivación de la mayoría de los actos suicidas. La incertidumbre del resultado, desde el punto de vista de la persona que comete el acto, es una característica común de la mayor parte de las tentativas de suicidio. (Stengel, 1995). En algunas ocasiones tras un intento suicida, la liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo en una explosión emocional puede tener un efecto catártico beneficioso para el estado mental de una persona, o sea que puede descargar la tensión reprimida y de ese modo restablecer el equilibrio emocional, al menos por un tiempo. Esa es posiblemente una de las razones por las que algunas personas se sienten muy mejoradas tras un intento suicida y dejan de contemplar la posibilidad de repetirlo. Lo anterior supone que el impulso de autocastigo desempeña un papel en las complejas motivaciones de los actos suicidas. Un intento suicida se experimenta a menudo, como una gratificación a un impulso y puede contribuir así a una descarga de la tensión emocional (Stengel, 1995). Sin embargo, esto no implica que el intento suicida, deba ser tomado como una forma de hacer catarsis y aliviar la tensión, pues existe el riesgo —no poco probable— de lograr el suicidio. Por eso la necesidad de detectar por medio de otras señales que el sujeto esté dando, el riesgo de que cometa un acto o un intento suicida.

Frieda Fromm-Reichmann (1950) (Citada en Jacobs, 1971) considera que clínicamente no es posible hablar de "pacientes suicidas", pues la palabra "suicida" por definición alude a alguien irrescatable, que ya está muerto. Por eso, cuando se habla de suicidio se implica siempre su prevención. Se entiende entonces como paciente suicida a toda persona que presente una disposición superior a la de la

población media a sufrir procesos de autodestrucción, parciales, frustrados o completos. Y se entiende como criterio terapéutico el de la prevención de los intentos suicidas. Entonces tomando como punto de partida lo que dice Frieda, la prevención se convierte en un elemento importante de estudio dentro del suicidio, considerando que ésta, es una forma de rescatar a una persona en riesgo suicida. Al respecto Kaplan (1969), establece tres tipos de prevención: a) Prevención Primaria, definida como el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas con el fin de reducir la frecuencia de trastornos en una comunidad. Clínicamente corresponderían a este nivel los estudios de personalidad presuicida así como las condiciones sociales que favorecen su desarrollo, especialmente el estudio del grupo familiar del paciente suicida. b) Prevención secundaria, correspondiente con la duración de dichos trastornos. c) Prevención terciaria, que atiende el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.

Los suicidios consumados y los intentos suicidas, son llamados de auxilio por parte del individuo, en algunos casos, el objetivo puede ser verdaderamente terminar con la vida; en otros, querer pedir ayuda. Pero en cualquier caso es, una súplica de atención, un mostrar que el individuo se encuentra desesperado, que no encuentra otra solución a su vida. Por eso es importante conocer cuándo una persona está en riesgo suicida, estas personas presentan ideas acerca de la muerte, su conducta cambia, sus relaciones sociales, su pensamiento y su forma de hablar. Es por ello que en el siguiente apartado, se presentan las posibles diferentes señales, que una persona en riesgo suicida, podría estar enviando.

#### **1.4. INDICADORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA**

Una persona que pretende consumir el suicidio, suele brindar indicadores que deben valorarse con mucho cuidado. Los indicadores son precisamente, datos verbales y/o conductuales manifestados por el propio individuo que pueden indicar

que está en riesgo de suicidarse, o bien, señales proporcionadas por las circunstancias que le ocurren a un individuo en un determinado momento. Los indicadores pueden ser clasificados de acuerdo a Goldman (1996):

**a) Indicadores verbales:** A veces el individuo hace afirmaciones directas sobre sus deseos de morir o de "terminar con todo", con frases como "¡Es demasiado para soportarlo!" "¡Estarías mejor sin mí!" "¡Preferiría estar muerto!"., expresando así su ideación suicida, tomando en cuenta que mientras el individuo no lo expresa de forma verbal es simplemente una ideación y al verbalizarlo se convierte en un indicador. Otras formas menos directas de expresar la ideación pueden ser frases como "tengo un amigo que está realmente deprimido y habla mucho de suicidarse", está enviando mensajes en un código muy sencillo.

**b) Indicadores conductuales:** Las conductas que tienen componentes autodestructivos como la drogadicción, el lastimarse constantemente pueden indicar un riesgo suicida. Un indicio directo de conducta es la ingestión de una cantidad pequeña de algún fármaco potencialmente mortal. Indicios indirectos serían "poner los asuntos en orden", comprar un ataúd, obsequiar posesiones muy preciadas, entre otros.

**c) Indicadores situacionales:** Son circunstancias o situaciones inherentes en las experiencias de la vida relacionadas con tensiones importantes, por ejemplo, un procedimiento quirúrgico inminente, un diagnóstico de enfermedad crónica mortal o una pérdida reciente, como la de un ser amado, la pérdida del trabajo, el desahucio, la jubilación, etcétera.

**d) Indicadores sindrómicos:** Éstos son un conjunto de emociones que el sujeto refleja y que pueden desembocar a menudo en un suicidio. La más común es la depresión, pero hay otras. El suicidio puede ocurrir entre personas que no están deprimidas sino desorientadas, por ejemplo, en los casos de

delirio agudo, la conducta suicida puede ser un intento de huir de alguna amenaza imaginaria. Los individuos que sufren trastornos psicóticos acompañados de alteración del control de los impulsos pueden intentar suicidarse como reacción a las alucinaciones que les ordenan hacerlo. Cometen también suicidio las personas que ofrecen resistencia y que pueden considerar este hecho como un medio que les sirve para adoptar una postura de resistencia activa ante una amenaza real o imaginaria contra su propio amor. Los indicadores de un individuo dependiente e insatisfecho suelen ser gestos hostiles ocultos hacia algún otro individuo o un grupo que consideran no ha satisfecho sus necesidades de dependencia. Esto es que en patologías como en la depresión crónica, en la esquizofrenia u otras formas de psicosis, en las que el individuo pierde contacto con la realidad, dando lugar a casos de delirio agudo, puede ocurrir el suicidio como parte del delirio psicótico.

Se ha revisado que hay varios signos que pueden servir como indicadores, para detectar cuándo una persona planea realmente suicidarse, sin embargo, aun cuando los autores han encontrado en sus estudios e investigaciones que los indicadores mencionados anteriormente son manifestaciones o señales de riesgo de suicidio, pueden existir casos en los que no apareciera algún indicador o en el que apareciera más de uno. Pero es importante recordar que en la conducta suicida, comúnmente aparece un continuum: 1. la ideación suicida, 2. la conducta suicida (autolastimarse con ingestión de fármacos, alcohol, desinterés por el propio bienestar, etc.), dentro de la conducta suicida, existen indicadores que manifiestan la ideación suicida como son la verbalización y los cambios en la conducta, 3. el intento suicida y 4. la consumación del acto. Siguiendo este continuum, puede decirse hasta este momento que cuando ocurre un suicidio, la persona probablemente tuvo alguna manifestación en su conducta, cambios en sus relaciones sociales, que pudieran ser ocasionados por algún duelo no resuelto y quizá la persona tuvo algún intento suicida con la finalidad de lograr eliminar su propia vida o con la intención de demandar ayuda de su entorno social. Cualquiera que sea la razón, un intento de suicidio, es el indicador más fuerte de que la

persona necesita ayuda y está verdaderamente en riesgo de cometer un suicidio. Ahora bien, hace falta analizar la ideación suicida, es decir, la gestación del suicidio, el inicio, pues se considera en términos generales que una persona que intenta o comete suicidio, ha tenido la mayor parte de las veces pensamientos o ideaciones suicidas. Tema que se analiza a continuación.

## 1.5. IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es el primer elemento que suele ocurrir al hablar de suicidios consumados, es la formación de ideas o pensamientos referentes al suicidio. Levy y Dekyn 1989, (citados en González Forteza, 1995) mencionan que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente, que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima - Kienhorst, De Wilde, Van Den Boiut, Diekstra y Wolters, 1990, (citado en González Forteza, 1995), con los intentos de suicidio -Kosky, Silburn y Zubrick, 1990, (citado en González Forteza, 1995), la depresión y el abuso de sustancias -Levy y Dekin, 1989, (citados en González Forteza, 1995). Es importante señalar que la ideación suicida es más frecuente que el intento suicida -Kosky, Silburn y Zubrick, 1990, (citados en González Forteza, 1995); y sin embargo, se han estudiado más a personas con intentos suicidas que aquellos con ideación suicida -Hawley, James, Burkett, Baldwin, De Ruiter y Priest, 1991, (citados en González Forteza, 1995). Al respecto, es importante mencionar la evidente relación entre ideación suicida e intento de suicidio. Por ejemplo, Rotheram-Borus 1993, (citado en González Forteza, 1995) realizó un estudio en Estados Unidos con una muestra de 214 adolescentes que escaparon de sus casas, y encontró que un 16% tenía ideación suicida al momento del estudio, y 37% de ellos había intentado suicidarse en alguna ocasión. Del 94% de los que habían pasado por tres o más períodos de ideación suicida, también habían intentado suicidarse. De éstos, el 23% había consumido alguna sustancia (alcohol y/o drogas) antes del intento. Estos datos reafirman que el suicidio ocurre cuando ha habido antes una ideación suicida,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

algún intento probablemente y es más factible cometerlo bajo el influjo de sustancias narcóticas.

De acuerdo con Goldman (1996), encuentra diferentes tipos de ideas suicidas y los sentimientos asociados con ellas. A continuación se reseñan, por orden creciente de riesgo suicida:

**a) Ideas temporales sobre la muerte:** Las personas con ideas temporales sobre la muerte, pueden tener fantasías como "Me extrañarán cuando me muera". Estas nociones tan comunes suelen ser de escasa importancia. Sin embargo, debe prestarse interés y cuidado cuando el individuo es un adolescente o un adulto emocionalmente inestable.

**b) Ideas sostenidas acerca del morir y deseos recurrentes de muerte:** Las ideas sostenidas acerca de la muerte y deseos de muerte recurrentes pueden funcionar como un hábito doloroso que le permite al individuo manejar la tensión. Esta idea continua y recurrente de dolor puede desembocar en gestos suicidas como cortes superficiales en las muñecas o ingestión no mortal de medicamentos.

**c) Sentimientos frustrados y conducta impulsiva:** Un individuo puede albergar poca esperanza de recibir apoyo del ambiente que lo rodea y puede sentir que se ha agotado la mayoría de tipos de alivio. Por tanto, se siente frustrado y cercano a la ira casi todo el tiempo. La ira puede volcarse hacia dentro o hacia afuera, conduciendo a la posibilidad de un acto suicida u homicida.

**d) Tribunal de última instancia:** Una persona puede sentirse agotada de todos los recursos emocionales. Un individuo así ya no siente coraje, frustración ni desesperación, y la muerte es considerada como una manera de acabar con todo.

**e) La decisión lógica para morir:** Una persona puede aproximarse al suicidio desde un punto de vista lógico y filosófico. Alguien así contempla la muerte como

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

inevitable y pregunta: "¿Entonces por qué no ahora?" Este tipo de individuo se encuentra en el más grave riesgo de cometer suicidio, pero la decisión del paciente rara vez la advierte un médico, puesto que ya no muestra otras señales.

Al parecer, según plantea Goldman (1996), el suicidio parece estar más en riesgo de ser cometido, mientras más frustración, desesperanza y desinterés hay en el individuo. Es por ello la importancia de crear conciencia de la necesidad de identificar a tiempo, las diferentes conductas, ideas e indicadores que las personas con riesgo suicida envían hacia su medio. La ideación suicida, toma entonces una gran importancia dentro del suicidio, puesto que una persona que ha pensado, fantaseado o incluso elucubrado su propia muerte, está en un alto riesgo de suicidarse. Pese a que la ideación suicida es más frecuente que el intento suicida (Kosky, Silburn y Zubrick, 1990), ha sido menos estudiado, probablemente porque es más difícil detectar a personas con ideación suicida a aquellas con intentos suicidas, además una persona que tiene ideas suicidas no necesariamente lo manifiesta, es más evidente que una persona está en riesgo suicida, cuando no solo ha tenido ideaciones, sino que las ha manifestado verbal o conductualmente e incluso ha tenido intentos suicidas, es poco probable percatarse de una persona que probablemente está en riesgo suicida, pero que sólo se queda en la ideación, es decir, no es factible identificar el riesgo en un individuo que no ha tenido el patrón conductual del continuum en la conducta suicida: ideación, conductas suicidas, intentos suicidas y consumación del acto.

La depresión —considerada por varios autores— tiene una estrecha relación con el suicidio. Dentro de la depresión, existe generalmente la ansiedad. Es por ello la importancia de analizar cómo afectan estos elementos en el suicidio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.6. DEPRESIÓN EN EL SUICIDIO.

Hay autores que han encontrado relación entre la conducta suicida y la depresión, por lo tanto se revisarán algunos hallazgos encontrados con relación a la depresión en el suicidio. Pero antes se analiza el concepto de depresión de acuerdo al DSM-IV:

El DSM-IV, define como Trastorno Depresivo:

"Un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. El DSM-IV también menciona: "Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De esta forma explica el DSM-IV que hay un fuerte riesgo de suicidio en los pacientes con depresión. Sin embargo, Cameron (1988), opina que no es viable que los suicidios ocurran en la depresión, sino que ocurren en episodios maniáticos, es decir, en opinión de este autor los suicidios comúnmente se encuentran en personas con Trastornos Maníaco-Depresivos o Trastornos Bipolares, en el que los suicidios ocurren cuando el sujeto se encuentra en una fase maniaca. Cameron considera que la persona en la fase depresiva no logra interesarse por la gente, por las cosas o por actividades; renuncia a tener iniciativa, expresa constantemente sus sentimientos de inferioridad y de desprecio, por lo tanto, en esta fase los suicidios no ocurren. Por otro lado, en la manía, en la que hay una sobreactividad, es cuando hay riesgo de suicidio.

Kaplan (1969) identifica que en la depresión aparecen síntomas como: Trastornos del sueño (dormir demasiado o muy poco) Trastorno de la alimentación (generalmente anorexia, aunque puede observarse la bulimia en un 10% de las mujeres, lo que conduce a la pérdida de peso. También puede aparecer el comer compulsivamente). Disminución de la fuerza y energía habituales (un descenso del nivel de actividad). También puede darse el comportamiento opuesto, caracterizado por la agitación motora. Complejos de culpa o de inutilidad. Trastornos del pensamiento o la memoria (la concentración se hace difícil). Pérdida de interés (tanto en la actividad sexual, como en otras actividades que antes se realizaban con agrado). Preocupación por la muerte. En cuanto a la ansiedad, se encuentra que ésta, tiene relación con la depresión: Merani A. (1979) define a la depresión como un estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañado generalmente por ansiedad; Ruiloba y Ferrer (1990), indican que tanto los datos clínicos sobre patrones síndromicos, curso evolutivo y respuesta terapéutica, como las investigaciones epidemiológicas y familiares, muestran una clara asociación entre trastornos de ansiedad (sobre todo angustia) y depresión mayor; Marchiori (1998), indica que en la depresión, el individuo no puede superar alguna situación de duelo, permaneciendo en ese estado, lo que aumenta la angustia y por consiguiente la depresión. La ansiedad es entonces

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

relacionada con la depresión y esta última con el suicidio. Algunos autores como Rado (1938), Farberow (1966), Hendin (1951), Calderón (1984) y otros, apoyan esta idea de que el suicidio está estrechamente relacionado con la depresión. Se analizan a continuación sus aportaciones:

La depresión ha sido considerada por todos los observadores como una respuesta a la pérdida de un objeto amado, o un retroceso en la vida. A menudo, la depresión ocurre sin ninguna precipitante evidente. Los sueños y fantasías de tales pacientes revelan la necesidad que tienen de una persona en particular, de la que se ven privados, lo que da lugar a frustración, ira, repliegue interior y depresión. En investigaciones hechas por Rado (1938), se ha demostrado que los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. La ira del paciente y su repliegue interior se interpreta como un deseo o un llamado insatisfechos de depender de alguien. Rado también señaló la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo, y su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, con la esperanza de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de frustración. Es decir, la naturaleza expiatoria, se refiere a una necesidad percibida conscientemente o no, por parte del individuo de autocastigarse, de reparar algún daño a través de su propio sufrimiento, pudiendo desembocar en un acto suicida.

Las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión. Además, cuando los pacientes tienen fantasías en las que la muerte es un medio de gratificación, el suicidio es un gran peligro. Estas fantasías no siempre son inconscientes. (Calderón, 1984).

La expiación indudablemente desempeña un papel en las fantasías mencionadas, como lo desempeña la depresión. La expiación es un importante factor de motivación en el suicidio, ya sea que exista o no, una fantasía placentera relacionada con la muerte, o una depresión. El carácter expiatorio del suicidio está de acuerdo con el interesante hecho clínico de que la depresión a menudo

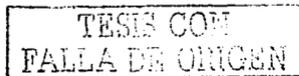
desaparece después de un intento de suicidio, como si hubiera cumplido una penitencia. (Farberow, 1966).

El Dr. Herbert Hendin, (1951), reconocido investigador sobre el tema del suicidio, escribe acerca de su experiencia en el hospital Bellevue:

*"Al examinar el grupo más joven y a menudo más perturbado de los pacientes suicidas, puede uno observar sentimientos manifiestos de culpa y necesidad de autocastigo. Sus remordimientos son muy variados y van desde actos de promiscuidad sexual, fantasías incestuosas, sífilis imaginaria y faltas cometidas en la escuela, sentimientos de ser un mal muchacho. El tema emocional subyacente en estos pacientes incluye sentimientos de desprecio, inutilidad, miedo, censura, ser acreedores a un castigo y están llenos de odio hacia sí mismos por sus fracasos, temores e incapacidades. Para ellos, el suicidio es un autocastigo en respuesta a sus delirios de culpa".*

En esta clase de pacientes se observa, más bien apatía que depresión. Su agresión es hacia sí mismos, se aleja de todo intento de comunicación, renuncian a la idea de pedir ayuda. Su apatía no desaparece después de un intento de suicidio infructuoso y mientras más grande la apatía, más es el riesgo de un nuevo intento. Existe un deseo de vejar a alguien o de forzar su afecto. (Hendin, 1951). Existe otro tipo de pacientes suicidas y son aquellos en los que realmente no existe ni una depresión importante ni una intención real de morir, sino únicamente el deseo de vejar a alguien o forzar su afecto, este es el motivo dominante. Estos son los llamados intentos suicidas por "querellas de amantes", causados por incidentes en los que el paciente se sintió repudiado. Confía en despertar sentimientos de culpa, mediante una especie de chantaje emocional. Este grupo tiene en común con otros muchos, la reacción a una pérdida o abandono real o posible. (Hendin, 1951).

Según lo investigado y las experiencias adquiridas por el Dr. Hendin, (1951), la muerte tiene el significado inconsciente de abandono, el joven considera su suicidio o su amenaza de muerte como una represalia contra aquellos que siente lo han abandonado, pero que finalmente, vierte contra sí mismo.



Las experiencias infantiles del paciente, en términos de abandono y repudio, son tan importantes para valorar el caso, como la manera en que aprendió a manejar la agresión. En el caso de los pacientes deprimidos, Hendin (1951), considera que la psicodinamia de dicha depresión no es suficiente para explicar el suicidio y prueba de ello es el gran número de pacientes suicidas que no presentan ni la dinámica, ni las características clínicas de la depresión, y lo que es más importante, muchos pacientes deprimidos no tienen ideas suicidas.

De acuerdo con lo anterior se puede considerar que el hecho de que los problemas de la depresión y del suicidio aparezcan juntos frecuentemente, no justifica que se usen las formulaciones dinámicas de la depresión como una explicación general del suicidio. Sin embargo, puesto que la mitad por lo menos, de las personas que se suicidan han sufrido un trastorno afectivo de tipo depresivo junto con algún tipo de ansiedad o no, es importante entonces considerar a la depresión como un factor de riesgo importante para el suicidio. Aunque cabe recordar que los suicidios ocurren en fases maníacas, no depresivas. Sin embargo en los Trastorno Bipolares, existe depresión.

Se debe tomar en cuenta que sea cual fuere la causa de la depresión, si ésta es por alguna causa externa o suficientemente evidente que pueda originar la depresión; o bien por alguna causa no identificada, causas genéticas, causas psicológicas o causas desencadenantes; el hecho es que los síntomas son los mismos, así como el pronóstico y sobre todo el riesgo de suicidio. Pues es cierto que no es un único predictor del riesgo suicida y que no necesariamente al haber depresión signifique riesgo suicida, pero como se ha analizado un importante porcentaje de las personas que se suicidan han sufrido depresión, se considera entonces como un factor de riesgo en el suicidio. Por tanto, es importante considerar los síntomas que comúnmente aparecen en una depresión, para que ésta no pase desapercibida, ni sea ignorada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.7. ETIOLOGÍA

El suicidio es un tema de carácter multifactorial, por lo tanto es difícil realizar una clasificación de los motivos que pueden llevar a una persona a tener ideas o intentos suicidas y a cometer suicidio. La depresión se ha identificado como un factor de riesgo suicida, puesto que las investigaciones encuentran que la mayoría de las personas que se suicidan padecían algún trastorno de tipo depresivo. Dentro del enfoque psicoanalítico, se considera que en personas predispuestas al suicidio, los mecanismos de adaptación dejan de procurar bienestar ante situaciones de pérdida o duelo, generando así agresión en el individuo, que al dirigirse hacia sí mismo, puede llegar a la consumación del acto suicida; en este sentido, cabe mencionar la importancia del bienestar dentro del ámbito familiar y social en el que se desenvuelve el individuo. El bienestar, dice Ballesteros (1980) puede ser definido como una situación en la que todos tienen la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas, éstas pueden ser físicas, sociales y mentales. Desde el punto de vista social, un suicidio ocurre en función de la integración del individuo en su sociedad: a) el egoísta, que siega su vida para huir del grupo o sociedad, en el que no se encuentra integrado, debido a su situación personal (enfermedad mental o física no terminal, etc); b) el altruista, que obra en interés no propio, sino del grupo o sociedad, es el caso de los héroes de guerra; y c) el anómico, en el que fracasa el control social al no conseguir las normas regular el comportamiento personal, especialmente en situaciones disyuntivas como una recesión económica. La mayoría de los investigadores dedicados a identificar circunstancias relacionadas con el suicidio, han señalado que existe cierta relación de éste con bajos niveles de integración social en sociedades urbanas puesto que dadas las características de la vida urbana ésta tiende a facilitar la dosis de desorganización social, violencia, consumo de alcohol y drogas, inestabilidad familiar, así como dificultades en las relaciones sociales, que influyen en la tasa de suicidio dentro de cualquier grupo o subgrupo cultural; en la mayoría de los estudios se puntualiza que la conducta suicida es determinada en gran medida por el bagaje social del individuo, por lo que resulta importante distinguir el papel que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

desempeñan la frustración, la enajenación y el aislamiento considerados como fundamentales en los problemas humanos y sociales de la actualidad, en el complejo sistema de valores, creencias y convicciones de cada persona. De esta forma hay múltiples causas que pueden llevar a un individuo a cometer suicidio. El caso es que el individuo no encuentra otra salida a sus problemas o preocupaciones. A continuación se revisan algunos puntos que pudieran estar interviniendo en la determinación de cometer suicidio.

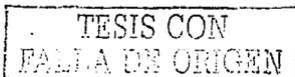
### **1.7.1. Causas Psicológicas y Sociales.**

Confrontando las corrientes psicológicas y psiquiátricas acerca del suicidio, se encuentra que: las causas del suicidio son variadas en aspectos sociales y emocionales.

El motivo consciente es, sólo el último factor precipitante dentro de una multiplicidad de causas. En la obra "el hombre contra sí mismo", de Menninger (1952), toda clase de conducta hostil a la salud y la vida es interpretado como la expresión del instinto de muerte dirigido contra el Yo, de la cual el suicidio se consideraba una manifestación extrema. La conducta habitual que deriva en el auto prejuicio, como el ascetismo y el martirio, el alcoholismo, la conducta antisocial, la automutilación, los accidentes intencionados y algunos tipos de enfermedades mentales son considerados crónicos o como suicidios mentales (Menninger, 1952).

Es el estudio de las fantasías de suicidio, lo que ha arrojado algo de luz sobre la comprensión de los actos suicidas. En la fantasía, el suicida es a menudo un medio para obligar a otros a expresar su amor incluso después de la propia muerte. (Stengel, 1965).

Como motivos conscientes, también hay una amplia gama de causas que pueden precipitar un suicidio, desde abuso sexual o físico, historia familiar de



suicidio o violencia, fallecimiento de un amigo íntimo o miembro de la familia, divorcio o separación marcando el fin de una relación, pobres resultados académicos, próximos exámenes o resultados de los mismos, pérdida del trabajo, problemas en el trabajo, proceso legales inminentes, encarcelamiento reciente o próxima encarcelación, entre muchas otras posibles causas. Las causas del suicidio son muy difíciles de determinar. Por ejemplo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI), reporta como causas del suicidio: causas amorosas, dificultades económicas, disgusto familiar, enfermedades graves o incurables y remordimiento. Ballesteros (1980), distingue entre las causas de suicidio: desengaños amorosos, desavenencias conyugales, asco de vivir, enfermedad, razones económicas, prohibiciones y muerte de familiares. Hoberman y Garfinkel, 1988, (citados en González-Forteza, 1995) han identificado como causas para la conducta suicida: experiencias humillantes, el arresto, la percepción de fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, la humillación y frustración de algunos adolescentes por conflictos en su orientación sexual, y el abuso físico o sexual. Pero, tan sólo los motivos conscientes no pueden explicar de modo satisfactorio los actos de suicidio, ya que únicamente ciertas personas reaccionan de esa manera al estrés emocional. Las personas que tienden a reaccionar a las situaciones de estrés con actos suicidas son llamadas predispuestas al suicidio. La predisposición suicida podría estar basada sobre ciertos rasgos de personalidad que forman parte del bagaje innato del individuo, o sobre experiencias infantiles previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esa manera, o bien las dos. Los factores nombrados en primer término fueron discutidos por los primeros psicoanalistas que concibieron la posibilidad de una agresión constitucional anormalmente poderosa, dirigida contra el Yo en ciertas condiciones psicológicas. El papel de las experiencias previas ha recibido muchísima atención de los psicoanalistas, lo que concuerda con su énfasis en los factores ambientales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Farberow, (1966), los mecanismos psicológicos internos que pueden afectar o dar lugar al problema de la autodestrucción en el individuo se refieren básicamente a la intención, esto es, la fuerza del deseo de eliminarse a sí mismo, y a la organización del ego especialmente las estructuras del carácter que tienden a inhibir o facilitar la realización de la intención autodestructiva.

Una intención abarca el concepto de la motivación, éste incluye tanto la motivación consciente como la inconsciente, cada una de las cuales puede contribuir de manera importante a las tendencias autodestructivas de una persona. La intención consciente incluye los aspectos de propósito, significado y grado de lucidez del comportamiento autodestructivo, al alcance de la mente consciente del sujeto. Cuando un paciente se da muy bien cuenta del efecto de sus amenazas y/o de sus intentos autodestructivos sobre los demás, el elemento manipulador de su comportamiento asume gran importancia. La intención inconsciente es probablemente el aspecto más difícil de valorar ya que todo debe ser inferido. En vista de que muchas veces las inferencias son de segundo, tercero o cuarto orden, su certeza varía considerablemente. Sin embargo, son estos aspectos del funcionamiento de la persona los que, precisamente, tienen más importancia. Tendencias, impulsos, necesidades, etc; operan primero a partir de niveles inconscientes profundos, que sólo se modifican relativamente por los diversos aspectos controladores de la personalidad. Por lo tanto, lo que se pueda descubrir sobre la motivación que existe en estos niveles es muy significativo. (Stengel, 1965).

Todos los factores dinámicos presentes en las personas autodestructivas se encuentran, en cierto grado, en las personas consideradas normales. Sin embargo, cuando los factores dinámicos considerados más importantes para la autodestrucción existen con gran fuerza en el sujeto que se está estudiando, y particularmente cuando dos o más de estos factores son muy fuertes, aumenta la posibilidad letal. Los factores dinámicos importantes para Farberow (1966) son los siguientes: depresión, particularmente cuando se acompaña de ansiedad; tensión

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y agitación; hostilidad y culpa (éstos parecen encabezar a los impulsos motores que pueden dirigirse contra el propio ser); y necesidades de dependencia, particularmente si el individuo se ha sentido frustrado y amenazado en grado considerable.

La información estadística muestra que hay mayor índice de suicidios en ciudades urbanizadas en relación con las rurales; las primeras investigaciones sobre el urbanismo que datan de 1929 con los trabajos de Park, Sorokin y Zimmerman entre otros (citado en Munné, 1980), presentaron como características de la vida urbana, la anomia, la desorganización social y la falta de relaciones primarias; dadas las características de la vida urbana, ésta tiende a facilitar la dosis de desorganización social. En efecto, en las ciudades suele ser minúsculo el espacio vital disponible (viviendas) como sede de la vida privada; los ruidos dificultan el reposo; los desplazamientos intraurbanos y las congestiones crónicas de tráfico combinadas con el ansia de prisa producen fatiga y tensión; las grandes aglomeraciones de gente y la polución atmosférica facilitan el contagio y las infecciones; el anonimato y la frecuencia y heterogeneidad de los contactos sociales representan múltiples oportunidades para la delincuencia y otras desviaciones importantes. No es de extrañar, por tanto, que muchas sociedades urbanas presenten, en relación con las rurales, altos índices de morbilidad, así como un elevado índice de suicidios.

Dentro de las múltiples causas de suicidio hay elementos en común, el estrés emocional presentado más frecuentemente en sociedades urbanizadas, la tensión, factores psicológicos de necesidad de autocastigo que pueden originarse en una organización inestable de la personalidad del sujeto, o en una fuerte situación o circunstancia externa que pone en juego el equilibrio de la persona. Sin embargo, no todas las personas reaccionan al estrés emocional con conductas suicidas; las personas que tienden a reaccionar a las situaciones de estrés con actos suicidas son llamadas predisuestas al suicidio. Esta predisposición puede ser causa de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ciertos rasgos de personalidad fñcados en experiencias infantiles previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esta manera.

### 1.7.2. Herencia.

Dentro de la literatura del suicidio, no hay un acuerdo de que éste pueda tener algún factor hereditario, sin embargo, Weininger 1942, afirma que sí y ofrece algunos ejemplos, no suficientemente convincentes por su escaso número. Pero si no se puede afirmar que la tendencia al suicidio se transmita de padres a hijos de manera frecuente, sí es indudable que una herencia patológica, especialmente de perturbaciones neuropsíquicas que debilite los controles del individuo respecto a la seguridad en sí mismo y a la firmeza de su carácter, puede empujar al individuo sobre todo en la adolescencia -edad de conflictos y crisis agudas-, a descargarse del peso abrumador de sus desventuras, para cuyo dominio se cree incapaz. Weininger 1942, (citado En Ballesteros, 1980).

Por lo tanto, se entiende que aunque no exista evidencia de que el suicidio sea hereditario de padres a hijos, si existen factores hereditarios en enfermedades psiquiátricas tales como la esquizofrenia y la depresión, en las que debido a la falta de integración del individuo a la sociedad y a las características de personalidad, el sujeto se encuentra en riesgo de cometer suicidio.

Debe quedar claro que las causas psicológicas, sociales y posiblemente hereditarias, anteriormente mencionadas, pueden considerarse como factores precipitantes de la ideación suicida, del intento suicida y/o del suicidio consumado, pues es lo que las investigaciones han demostrado. No obstante, cada caso es único y particular, la complejidad de los seres humanos es tan variada así como las causas, encontrándose una gran variedad de motivos en las que los más destacados son los mencionados anteriormente. Sobre todo es importante recordar que no todas las personas reaccionan ante el estrés y los conflictos con una conducta suicida, sino que, la persona que intenta suicidarse o que tiene

ideas suicidas recurrentes y persistentes es muy probable que posea una predisposición al suicidio originada en sus rasgos de personalidad, en la forma de resolver conflictos, en su historia psicológica, en su forma de pedir ayuda del medio, etc. Es importante tener presente todos estos factores siempre que se hable de un tema tan delicado como el suicidio, así como las posibles causas. Además, cuando un individuo ha considerado verdaderamente suicidarse, suele enviar signos que deben obrar como señales de alarma dentro de su entorno social, de que la persona está en riesgo suicida y, por tanto, actuar ayudando a la persona en su conflicto interno a fin de evitar el suicidio.

Así como pueden encontrarse una o más motivaciones por las que un individuo pudiera llegar al suicidio; también se han encontrado de acuerdo a diferentes estudios, los métodos empleados para consumar o tratar de consumar el acto suicida. A continuación, se expone la información recabada en algunas investigaciones, respecto al método de suicidio.

#### **1.8. ALGUNOS MÉTODOS EMPLEADOS EN EL SUICIDIO**

Los métodos de suicidio consumado más usuales son: 1) por uso de armas de fuego, 2) ahorcamiento y 3) envenenamiento por gas. Estadísticamente los hombres prefieren armas de fuego y el ahorcamiento y las mujeres ingestión de fármacos y envenenamiento por gas -Berman y Jobes, 1991, (citado González Forteza, 1995) y Kaplan, 1996. Autores como Garland y Zigler, 1991, (citado González Forteza, 1995) señalan que estas diferencias por sexo en el método de suicidio elegido están relacionadas con los factores biológicos, intrapsíquicos, sociales y culturales; los varones tienden a ser más agresivos, impulsivos y violentos (actividad agresiva), por ello, estos rasgos de personalidad son un alto riesgo en los varones; las mujeres pueden beneficiarse con factores protectores al establecer relaciones interpersonales de confianza que brinden apoyo y tomar actitudes y conductas más positivas para la búsqueda de ayuda (receptividad

pasiva). Cabe señalar que en donde hay leyes de control de armas, ha disminuido el uso de pistolas como métodos de suicidio. (Kaplan, 1996).

Se podría pensar que una persona generalmente intenta suicidarse de la manera más sencilla, más conveniente y menos dolorosa para escapar de los sufrimientos y adversidades de la vida; sin embargo, en la literatura sobre este tema se demuestra que miles de suicidas, cada año se quitan la vida de la manera más difícil, dolorosa y extraordinaria. Richter, Alvarado y Fend (1997) mencionan en un artículo de la Universidad de Chile que se han documentado casos auténticos de hombres y mujeres que se han suicidado tomando veneno o ahorcándose en la copa de árboles altos; haciendo estallar dinamita en sus bocas; introduciéndose objetos metálicos al rojo vivo en la garganta; abrazándose a estufas al rojo vivo; dejándose congelar en ventiscas de nieve al aire libre o desnudos sobre barras de hielo; lacerando sus gargantas con alambres de púas; ahogándose cabeza abajo en barriles; arrojándose al interior de cráteres volcánicos; estrangulándose con el propio cabello; comiendo arañas venenosas; atravesándose el corazón con saca corchos o agujas de coser; cortándose la garganta con sierras de mano y tijeras; ahogándose en tinas de jabón blando; arrojándose al vidrio derretido; decapitándose con guillotinas de fabricación casera; desmembrándose con caballos y crucificándose.

Richter, Alvarado y Fend (1997), explican en el mismo artículo que cualquier método utilizado no debe descartarse como carente de sentido. Desde el punto de vista clínico se obtienen significados de algunos de estos símbolos y métodos; significado particular de acuerdo a motivaciones inconscientes: por ejemplo, los motivos que determinarían el abrazar una estufa al rojo vivo además de ser un acto destructivo en sí mismo, hablaría de un deseo patológicamente intenso de ser amado, una sensación de tan extremada frialdad interna que el abrazamiento de una estufa al rojo vivo equivale a un clímax final de satisfacción autodestructiva, como si este calor viniera a sustituir el calor que nunca se tuvo. Arrojar en vidrio derretido, tinas de jabón, cráteres de volcán, etc., representan únicamente formas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de ahogarse más dramáticas y dolorosas. El significado de la fantasía en el ahogamiento fue uno de los primeros descubrimientos psicoanalíticos, no solamente a causa de su frecuencia como modalidad de suicidio, sino debido a ser una fantasía común, disimulada o abierta, en la vida mental de mucha gente. Cuando dichas fantasías son sujetas a investigación psicoanalítica, parecen relacionarse por completo con el deseo de regresar a la imperturbable tranquilidad de la existencia intrauterina.

La interpretación que se da del exhibicionismo es un acto muy agresivo contra la gente, viéndolo bajo un análisis más profundo, un placer pasivo, se percibe como una sumisión ante los ojos de espectadores y no agresivamente sino de forma masoquista. (Richter, Alvardo y Fend, 1997).

Es importante hacer notar que algunos de los métodos más insólitos muestran claramente la necesidad de castigo. Recordar que cada uno de los métodos empleados tendrá en el mayor de los casos, una relación estrecha con la personalidad del individuo o con los medios disponibles a su alcance y con la motivación que lo llevó al acto suicida.

A continuación se revisan las estadísticas de suicidios consumados y de intentos suicidas y posteriormente la epidemiología, es decir las características de la población con mayor vulnerabilidad a cometer suicidio.

## **1.9. ESTADÍSTICAS**

**Estadísticas de la SPP y del INEGI:** Según datos proporcionados por la Dirección General de Estadística -Secretaría de Programación y Presupuesto, SPP- y por las tabulaciones sobre defunciones -Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI- en tablas elaboradas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994), las tasas de mortalidad

por suicidios (tasas por 100, 000 habitantes, de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades "CIE") en la República Mexicana, reportan que en la población masculina, la tendencia global ha ido consistentemente en aumento, desde una tasa de 1.82 en 1970 hasta 4.13 en 1990. En los adolescentes hombres entre 15 y 19 años de edad de 1970 a 1990 se registra una tendencia en aumento a partir de la década de los ochenta. En la población femenina global, la tendencia de mortalidad por suicidios consumados también ha ido ligeramente en aumento, aunque en menor proporción que en la población masculina: de una tasa de 0.44 en 1970 hasta 0.68, aunque la tasa más alta de 0.86 se registró en 1974. Este mismo perfil muestra en la población femenina adolescente entre 15 y 19 años de edad, que en 1970 registró una tasa de 0.80 y en 1990 fue de 1.42, siendo la tasa más alta de la 2.81 en 1974.

De acuerdo a Estadísticas de Intentos de Suicidio y de Suicidios del INEGI, se reporta un aumento de 42 intentos de suicidio en 1980 hasta 340 intentos en 1997. El aumento es mayor en los suicidios consumados, de 672 en 1980 hasta 2,459 en 1997. De los suicidios consumados únicamente en el año de 1997: 2,056 fueron realizados por hombres y 403 por mujeres, observándose una incidencia de casi cinco veces mayor en los varones con respecto a las mujeres. Se muestra lo contrario en los intentos de suicidio de este mismo año (1997), siendo un total de 143 intentos en hombres y un total de 197 en mujeres. Esto corrobora lo que muchos autores dicen acerca de que el suicidio es más frecuente en hombres, pero es mayor el número de mujeres que intentan suicidarse.

En datos más recientes reportado por el INEGI, se reporta un aumento de 42 intentos de suicidio en 1980 hasta 429 intentos en el 2000. El aumento es mayor en los suicidios consumados, de 672 en 1980 hasta 2,736 en 2000. Al comparar estas cifras se observa un crecimiento de 1980 hasta el año 2000 de 120% en intentos de suicidio y de casi 700% en suicidios consumados. Del total de intentos de suicidio en el año 2000, 188 fueron realizados por hombres y 241 por mujeres. Se observa lo contrario en los suicidios consumados de este mismo año, pues del

total de 2,736, 432 fueron mujeres y 2,304 hombres. Esto confirma lo que los autores refieren de que el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, pero son más los hombres que se suicidan.

También se ha observado, de acuerdo a datos del INEGI, que en la República Mexicana, el D.F. es la entidad en la cual existe mayor número de suicidios. Esto podría ser explicado por el mayor número de habitantes en el D.F. con respecto a las demás entidades. Así como a factores de urbanización. El INEGI reporta que el mayor número de intentos de suicidio y suicidios consumados, ocurre en los meses de febrero, marzo, abril y mayo, siendo un porcentaje más alto en estos dos últimos; ocurre con mayor frecuencia en casa habitación; el método más empleado es el ahorcamiento en primer lugar, el uso de arma de fuego en segundo lugar, y la ingestión de veneno en tercer lugar; dentro de las causas, reporta que la más común es la dificultad económica, seguido de disgusto familiar, dificultad amorosa y finalmente enfermedad mental. Reporta también que el suicidio e intento de suicidio ocurre mayoritariamente en personas solteras, sin hijos, en personas que saben leer y escribir, en personas con una escolaridad de secundaria y reporta del mismo modo que el suicidio y tentativa de suicidio ocurre con mayor porcentaje en cuanto a hombres: en artesanos y obreros principalmente, después en oficinistas y finalmente en comerciantes y dependientes; en cuanto a las mujeres, ocurre más en oficinistas, después en comerciantes y dependientes y finalmente en artesanas y obreras. Respecto a la edad, el INEGI reporta que el grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene mayores intentos suicidas y suicidios consumados; en hombres el grupo de 20 a 24 años es el grupo de edad con mayores intentos y suicidios consumados.

**Otros estadísticas:** Fitzgerald (1997), encontró que el número de suicidios ha aumentado en una forma alarmante durante los últimos diez años. Se ha duplicado en el grupo de 15 a 19 años. Coincidiendo con los datos arrojados por las estadísticas del SPP y del INEGI.

TESIS CON  
PALLA DE ORIGEN

Goldman (1996) encontró que el suicidio continúa siendo la tercera causa más común de muerte entre personas de 15 a 24 años de edad. Los estudios han indicado que el aumento en el índice de suicidios puede ser el resultado parcial de los cambios en la sociedad, incluyendo las prácticas de crianza de los hijos y la pérdida de estabilidad en el hogar. El incremento en el índice de suicidios es estrechamente comparable al aumento en el índice de divorcios. La relación entre el suicidio y el divorcio entre los padres es estadísticamente significativa. Otros factores relacionados con el suicidio de los adolescentes incluyen la conducta antisocial y el abuso de sustancias.

Papalia (1997), muestra que el suicidio es la segunda causa de mortalidad para los jóvenes varones blancos entre 15 y 24 años y la tercera causa para este grupo de edad en general. Sin embargo, muchos jóvenes que intentan suicidarse no quieren morir; sólo quieren cambiar sus vidas, y sus intentos de suicidio son súplicas desesperadas por atención y ayuda. Con un acto impulsivo o un error de cálculo, con frecuencia mueren antes de conseguir ayuda.

Darley, Glucksberg y Kinchla (1990), indica que la tasa de suicidios de adolescentes se ha duplicado en los últimos 20 años, y se informa de casi 2000 cada año. Entre las personas de 15 a 20 años, el suicidio se incrementó 150% entre 1961 y 1981 en los Estados Unidos.

El investigador Henry Darwin (citado en Ballesteros, 1980), en un estudio sobre el *Suicidio de niños y adolescentes* publica los siguientes datos: "En los E.U., el suicidio ocupa un quinto lugar entre las causas de muerte de jóvenes de 15 a 19 años de edad... En 1954, 261 adolescentes perdieron la vida en esta forma, correspondiendo el suicidio de adolescentes, en ese grupo de edad, al 2.5% de las muertes en ese año". Y añade: "En un estudio hecho en Yale para los años de 1925 a 1951, el suicidio fue la segunda causa de muerte de los estudiantes, a él se debieron el 12% de los fallecimientos". El propio autor afirma que, "aún entre los niños de 10 a 14 años de edad, los coeficientes de mortalidad por suicidio, no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

son poco considerables: cada año 35 a 60 niños comprendidos en ese período, se privan de la vida. El suicidio es causante del 0.59% de las defunciones, en ese grupo de edad". Darwin, en su investigación agrupa a los adolescentes en dos períodos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años; según sus informaciones, en esta última etapa el número de suicidios es mayor que en la primera. Las investigaciones estadísticas coinciden con los datos de Darwin, de que la edad máxima de incidencia del suicidio tanto en varones como mujeres, prevalece en edades de 15 a 24 años.

En un estudio realizado en México por Medina-Mora, y Cols. (1994), tomaron una muestra representativa de adolescentes (N= 3,459) estudiantes del nivel de educación media básica (secundaria) y media superior (bachillerato o preparatoria) en el Distrito Federal. Los resultados obtenidos mostraron que una alta proporción (47%) de los estudiantes reportó al menos un síntoma de ideación suicida presente en la semana previa a la fase de recolección de información, un 17% reporto haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los reactivos que componen la escala de ideación suicida.

Otro estudio, realizado por González-Forteza (1992) en una muestra de menor tamaño (N= 423) de adolescentes estudiantes de secundaria entre 13 y 15 años de edad, coincide en obtener una prevalencia de ideación suicida similar a la de la muestra representativa de Medina-Mora, dado que se encontró un 10.9% de adolescentes con los síntomas de ideación suicida en la semana previa, de ellos el 9.4% fueron varones y 12.8% mujeres. La concordancia de la prevalencia de ideación suicida en estos estudios pone en evidencia la consistencia y relevancia del problema a tratar, si se recuerda la relación que se ha reportado en el panorama internacional entre ideación suicida, intentos suicidas y suicidio consumado.

Rotheram-Borus 1993, (citado en González Forteza, 1995) realizó un estudio en Estados Unidos con una muestra de 214 adolescentes que escaparon de sus casas, y encontró que un 16% tenía ideación suicida al momento del estudio, y 37% de ellos había intentado suicidarse en alguna ocasión. Del 94% de los que habían pasado por tres o más

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

períodos de ideación suicida, también habían intentado suicidarse. De éstos, el 23% había consumido alguna sustancia (alcohol y/o drogas) antes del intento. Estos datos reafirman que el suicidio ocurre cuando ha habido antes una ideación suicida, algún intento probablemente y es más factible cometerlo bajo el influjo de sustancias narcóticas.

Respecto al factor de riesgo del consumo de alcohol , en una muestra de intentos de suicidio el 40% habían consumido bebidas alcohólicas durante las 6 horas previas al intento; 55% eran menores de 30 años de edad; 22% estudiantes, 40% con intentos previos. Específicamente los patrones predominantes fueron: Poca frecuencia con bajas cantidades de alcohol; y Alta frecuencia con altas cantidades de alcohol (Narváez, Rosovsky y López, 1991). Asimismo, contextualizando el consumo de alcohol sugieren que el consumo problemático de alcohol hace que la persona tienda a ignorar sus roles y funciones a desempeñar dentro del ámbito familiar, ocupacional y social; y por tanto, son rechazados por su familia y la sociedad. Esto les provoca sentimientos de minusvalía y frustración. De este modo dichos autores sostienen que las consecuencias clínicas y sociales del beber en exceso son factores desencadenantes del acto suicida.

Los datos estadísticos anteriormente expuestos son importantes para el análisis del suicidio, sin embargo, es de gran importancia también conocer las diversas características que los autores han encontrado con respecto a la población de mayor riesgo suicida.

## **1.10. EPIDEMIOLOGÍA**

Los aspectos sociales abarcan múltiples consideraciones de la problemática individual y familiar, que permiten, en muchos casos, un mayor esclarecimiento y comprensión de la conflictiva suicida. Los datos referentes a edad, sexo, estado civil, ocupación y actividades revelan sin lugar a dudas, aspectos sociales que constituyen elementos a considerar para el tratamiento y prevención del suicidio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En los distintos procesos sociales y culturales se observan sobre los comportamientos suicidas los siguientes aspectos:

**Sexo y Edad:** Seligman (1976) encontró que el suicidio prevalece sobre todo entre los varones jóvenes. Las tasas de suicidio indican que los hombres se suicidan más de tres veces que las mujeres, un índice estable en todas las edades. Por otra parte, las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres. Boyer y Guthrie (1985), encuentran que el riesgo más alto de suicidio se encuentra en el sexo masculino, en edades entre 15-24 años. Rodríguez (1974), investigadora sobre el comportamiento social del suicidio, señala que se observa un aumento sumamente significativo de suicidio en edades más tempranas de la vida, agravándose en jóvenes y adolescentes, también observa casos de suicidio en niños. Marchiori (1998), indica que el incremento de casos de suicidio infantil hasta hace poco tiempo negado por psiquiatras y pediatras, está relacionado a situaciones de niños que viven maltrato familiar, abuso sexual y los niños buscarían en el suicidio una salida a la situación traumática de violencia familiar, maltrato infantil (físico y emocional) del que son víctimas; también en los casos de abandono por parte de sus padres.

**Raza:** Seligman (1976) y Boyer y Guthrie (1985) coinciden en que el suicidio entre blancos es casi dos veces superior al de las demás razas. Dos de cada tres suicidios son realizados por varones de raza blanca.

**Religión:** Históricamente los índices de suicidio entre las poblaciones pertenecientes a alguna religión han sido inferiores que en las poblaciones no afiliadas a alguna. Se considera que la pertenencia religiosa incide como inhibición en los comportamientos autodestructivos. La participación y la práctica religiosa tiene un efecto protector, es un elemento de acentuada integración social. (Seligman, 1976).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Estado civil:** De acuerdo a Seligman (1976) el matrimonio reforzado por los hijos, parece disminuir significativamente el riesgo de suicidio. Entre las personas casadas, el índice es de 11%. Las personas solteras que no se han casado nunca, registran un índice general casi doble que las personas casadas. Las personas divorciadas muestran índices mucho más altos, de 40%, siendo en su mayoría hombres. Los viudos muestran un índice de 24%. De acuerdo a Boyer y Guthrie (1985), el riesgo más alto de suicidio se encuentra en divorciados y viudos.

**Ocupación:** En opinión de Boyer y Guthrie (1985), el suicidio aparece comúnmente en desempleados. Marchiori (1998), encuentra que las personas sin actividad y/o profesión son las más afectadas en relación al riesgo de comportamiento suicida. En una escala social se encuentran en una circunstancia de mayor vulnerabilidad: los jubilados-pensionados, los desocupados y los estudiantes.

Boyer y Guthrie (1985), agregan que el suicidio suele ocurrir en personas en que otros miembros de la familia han intentado o cometido suicidio, en intentos previos de suicidio del propio individuo, en hechos estresantes (actuales o anteriores), en personas deprimidas, alcohólicas y/o farmacodependientes, en personas con enfermedades físicas, con enfermedades mentales, en individuos que poseen una personalidad dependiente, que difícilmente establecen relaciones, que tienen poca capacidad para solucionar problemas, en personas irritables en grado extremo, en personas con conductas antisociales.

De acuerdo a las estadísticas y a la epidemiología, se puede apreciar que la población de mayor riesgo suicida se encuentra entre varones jóvenes (15-24 años); las investigaciones criminológicas (Morón, 1977) han descubierto que los intentos de suicidio son frecuentes en jóvenes emocionalmente inestables por problemas familiares. También se observa mayor número de suicidios consumados en los varones, pero mayor frecuencia de intentos de suicidio en mujeres. Marchiori (1998), explica que el medio-instrumento utilizado por la mujer,

resulta ser determinante para la sobrevivencia del comportamiento suicida, pues comúnmente las mujeres eligen métodos menos drásticos de suicidio, por lo que existe mayor probabilidad de rescate, de allí que las cifras expresen un número menor de suicidio de personas de sexo femenino en contraste con una cifra alta de suicidios en el sexo masculino. También se observa que el suicidio ocurre más frecuentemente entre individuos solteros, divorciados o viudos en comparación con las personas casadas, como ya lo había observado Durkheim (1897) el matrimonio siempre representa un factor de protección y de prevención del suicidio; Festin, Cucco y Cipollone 1992, (citado en Marchiori, 1998), también expresan que el índice de suicidio es más bajo entre personas casadas respecto a aquellas personas que viven solas: viudas, solteras, separadas. Holderegger 1979, (citado en Marchiori, 1998) considera dos situaciones respecto al estado civil: en la condición del casado existiría siempre una especie de inmunización de las conductas suicidas, la persona casada es menos susceptible a la tentativa de suicidio. Por el contrario el divorcio y la pérdida de la pareja, implican, en ambos sexos, un riesgo de tendencia al suicidio. Esto ha sido mencionado por los psicoanalistas, en el sentido de que uno de los factores de riesgo suicida es el duelo y la melancolía, que provocan en el individuo un desequilibrio en sus mecanismos adaptativos dando lugar a la autoagresión. Por otro lado, la religión también es un factor de protección y prevención del suicidio, es un elemento de acentuada integración social, este fenómeno es corroborado por Durkheim (1897), quien considera que cuando el individuo esta fuertemente integrado a su sociedad, sin llegar a la enajenación altruista, hay menor predisposición al suicidio. Dentro del aspecto ocupacional o laboral, se ha encontrado como población de mayor riesgo a los desempleados, esto es por la falta de integración del individuo en su sociedad, lo que aumenta el riesgo suicida, así como también genera altos niveles de ansiedad y por ende precipita la depresión. De acuerdo a los autores, también hay mayor riesgo en la población que ha tenido intentos suicidas previos y en personas alcohólicas o drogadictas.

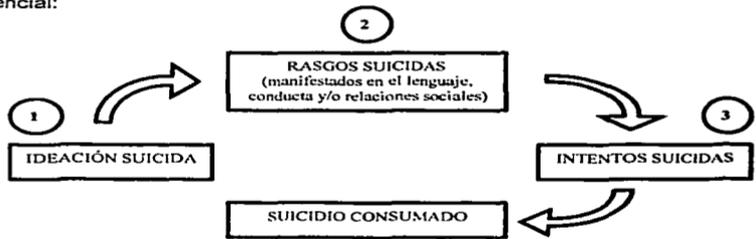
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En conclusión de todos los aspectos mencionados en este capítulo sobre el suicidio, es importante recordar que suicidio queda entendido como: *"la acción intencional, consciente y voluntaria, que sucede en una etapa en la que el individuo, se encuentra altamente vulnerable agravado por el contexto familiar y social, realizada con la finalidad de destruir su propia vida"*. La explicación a este fenómeno es considerada por los enfoques psicoanalítico y social. El enfoque psicoanalítico sostiene que el suicidio procede de un instinto de muerte, es decir, elementos agresivos dirigidos contra la propia persona al verse reprimida la posibilidad de dirigirlo hacia el exterior. Esta represión puede estar en función de que la agresión dirigida hacia el exterior provoca rechazo en el entorno social, lo que produce en el individuo mayores niveles de ansiedad y depresión que también están relacionados con el suicidio. El psicoanálisis, explica que los elementos depresivos son originados por el duelo patológico o la melancolía, estados de ánimo en los que la persona no logra resolver alguna pérdida o amenaza de pérdida, de algún objeto psicológico de amor, como objeto psicológico de amor se entiende, personas, circunstancias, situaciones u objetos que tienen una gran importancia para la persona, que puede ser desde una persona cercana o muy querida, hasta pérdida de empleo, de estatus social o económico, de salud, etc. Al referir que la persona no logra resolver la pérdida, quiere decir que los mecanismos de adaptación de la persona, no son suficientes o son ineficaces, por lo que ciertas necesidades no son satisfechas, provocando un desequilibrio en la personalidad del individuo que como se ha dicho puede desembocar en ansiedad, depresión o ambas. Esta forma de reaccionar del individuo, está fincada, de acuerdo a la teoría psicoanalítica, en la historia personal del sujeto, en sus relaciones infantiles, en experiencias recientes o anteriores en las que la persona se siente incapaz de resolver sus conflictos por lo que opta por conductas autodestructivas que según explica el psicoanálisis tienen componentes inconscientes. Entonces, desde el punto de vista psicoanalítico el motor o la fuerza que lleva a un individuo a autoeliminarse, se encuentran en el inconsciente y están relacionadas con la infancia y los mecanismos adaptativos del individuo. El enfoque social considera que la sociedad en su conjunto afecta el comportamiento

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

del individuo, en función de que a mayor integración a las normas sociales, menor probabilidad de que ocurra un suicidio; sin embargo, se considera también que cuando esta integración es demasiada (suicidio altruista) puede ocurrir el suicidio, cuando las relaciones sociales son defectuosas (suicidio egoísta), o no hay integración a estas normas (suicidio anómico), el individuo rompe su equilibrio social facilitando así la consumación de un acto suicida. El suicidio está asociado con la ausencia o pérdida de importantes relaciones sociales, lo que en términos psicoanalíticos sería considerado como el duelo, esta pérdida, puede llevar al individuo a tener un fuerte desequilibrio en sus relaciones sociales y surgir entonces la agresión que al encausarse hacia el interior, se manifiesta en conductas autoagresivas como la drogadicción, el alcoholismo, el desinterés por el propio bienestar, que pueden desembocar en un suicidio, (la manifestación extrema de esta autoagresión); o al dirigirla al exterior da lugar a conductas antisociales como la delincuencia, actos de vandalismo y pandillerismo, homicidio, etc. Puede verse que ambos enfoques (social y psicoanalítico) lejos de contraponerse, se complementan, para brindar un entendimiento más amplio y claro de lo que ocurre en el suicidio.

Para ampliar el panorama del suicidio, una vez definido éste y explicado, hay que considerar que previo a su consumación, se gesta en el individuo el pensamiento o la idea suicida, posteriormente el individuo manifiesta esta ideación en su lenguaje, conducta y/o relaciones sociales y finalmente ocurre el intento con la probabilidad verdadera de lograrlo; entonces en el suicidio aparece un patrón secuencial:



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Comúnmente en el fenómeno del suicidio ocurre primero la ideación, después se manifiesta y posteriormente se intenta, lográndolo o no; cuando éste se consuma se termina el continuo, sin embargo si el intento falla, existe la posibilidad de mantener un ciclo entre los puntos uno, dos y tres. Cada uno de estos puntos está relacionado entre sí, sin embargo debido al carácter multifactorial del suicidio, y a la complejidad de las experiencias humanas en la vida cotidiana de cada individuo debe considerarse que este continuo en la conducta suicida, es un marco de referencia que ayuda a detectar a una persona en riesgo suicida. No por ello se asume que ocurra de esta forma siempre, existen casos en los que el individuo llega a tener ideaciones y no necesariamente lo manifiesta, pero si lo intenta entonces es detectado como un caso de alto riesgo, a pesar de que no aparezcan indicadores en su conducta; también hay casos en los que el individuo tiene ideaciones suicidas y lo manifiesta, pero no lo intenta, estos casos, son considerados también como riesgosos de suicidio. También es importante considerar como de alto riesgo suicida, los casos en que el individuo, pese a que no tiene la intención verdadera de matarse, sino que es utilizado como una forma de chantaje, se considera de riesgo suicida porque en estas personas es manifiesta la demanda de ayuda y además existe el riesgo real de cometer suicidio. En este sentido, la ideación se asume que aparece en la gran mayoría de los suicidios, salvo en casos que ocurra un suicidio por accidente, en el que la persona no tiene la intención de autoeliminarse, y en los casos de eutanasia, en el que la intención sí es terminar con la vida, pero debido al sufrimiento y agonía inevitables de la enfermedad terminal. No por ello se manifiesta en esta investigación una postura a favor o en contra de la eutanasia.

El suicidio como se ha dicho es de carácter multifactorial, y dentro de los factores encontramos causas, la depresión tiene una estrecha relación con el suicidio, por lo tanto se considera como un factor causal de suicidio junto con los bajos niveles de integración social, factores psicológicos de necesidad de autocastigo que pueden originarse en una organización inestable de la personalidad del sujeto o en una fuerte situación o circunstancia externa que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

rompe el equilibrio de la persona, altos niveles de tensión, frustración, desesperanza y desinterés, ambiente familiar de violencia, consumo de alcohol y drogas, inestabilidad familiar, el aislamiento, el vivir en sociedades urbanizadas en las que los niveles de estrés son más elevados en comparación con las zonas rurales, así como dificultades en las relaciones sociales, que influyen en la tasa de suicidio dentro de cualquier grupo o subgrupo cultural. Estas causas se consideran como factores precipitantes de la ideación suicida, del intento suicida y/o del suicidio consumado, no obstante, cada caso es único y particular, la complejidad de los seres humanos es tan variada, así como las causas, encontrándose una gran variedad de motivos en las que los más destacados son los mencionados anteriormente. Un punto que hay que destacar es que no todas las personas reaccionan al estrés emocional con conductas suicidas; las personas que tienden a reaccionar a las situaciones de estrés con actos suicidas son llamadas predisuestas al suicidio. Esta predisposición puede ser causa de ciertos rasgos de personalidad fincados en experiencias infantiles previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esta manera.

Es importante tener presente todos estos factores siempre que se hable de un tema tan delicado como el suicidio. Cuando un individuo ha considerado verdaderamente suicidarse, suele enviar signos que deben obrar como señales de alarma dentro de su entorno social, de que la persona está en riesgo suicida. Dentro de los indicadores de la conducta suicida es importante considerar que el intento de suicidio, es el indicador más fuerte de que la persona necesita ayuda y está verdaderamente en riesgo de cometer un suicidio.

Se ha encontrado que hay similitudes en la información que las estadísticas arrojan, comparándolo con lo que los autores han encontrado, pues hay mayor predisposición al suicidio, en la población joven, encontrándose un índice más alto en edades de 15 a 24 años, en personas desempleadas, en solteros, viudos, divorciados o separados, en personas en que otros miembros de la familia han intentado o cometido suicidio, en intentos previos de suicidio del propio individuo,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

en hechos estresantes (actuales o anteriores), en personas deprimidas, alcohólicas y/o farmacodependientes, en personas con enfermedades físicas, con enfermedades mentales, en individuos que poseen una personalidad dependiente, que difícilmente establecen relaciones, que tienen poca capacidad para solucionar problemas, en personas irritables en grado extremo y en personas con conductas antisociales.

Considerando que en la adolescencia los factores antes mencionados pueden presentarse debido a que ocurren cambios físicos y psicológicos, en los que el individuo reorganiza su personalidad, reivindica sus valores, en pro de una búsqueda de identidad propia; en esta etapa, la sexualidad juega un papel muy importante, hay una búsqueda de relaciones afectivas fuera del sistema familiar, Estrada-Inda (1987), sugiere que el advenimiento de la adolescencia es tal vez la fase que más pone a prueba el sistema familiar, en la que se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios. Esto podría explicar lo que las estadísticas demuestran de que la adolescencia es una etapa en la que los índices de suicidio consumado y de intento suicida han aumentado notablemente en las últimas décadas, motivo por el cual, se toma como población de interés para el estudio de esta investigación: la adolescencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO II

### ADOLESCENCIA

*A mitad de la escalera, ni es arriba, ni es abajo. No es la cuna, ni es la plaza pública. Revolotean en mi mente todo tipo de pensamientos exóticos: En realidad no he llegado todavía ¡La meta está más allá!*

A.A. Milne

#### 2.1. DEFINICIÓN.

Es indispensable considerar el concepto de adolescencia, para una más completa comprensión del tema de investigación, pues el objetivo es medir las actitudes ante el suicidio en la población adolescente. Es por esta razón que se revisa a continuación el término "adolescencia".

La palabra adolescencia "*procede del verbo latín adolescere, que significa crecer, desarrollarse*" (Ballesteros,1980). Según la etimología de la palabra que la expresa, la adolescencia tendría entonces como fenómeno característico y dominante, los cambios morfológicos y funcionales que constituyen el proceso de crecimiento. Sin embargo, no sólo implica un crecimiento físico, por ejemplo, para C. Kolb 1971, (citado en Gross, 1998), "*la adolescencia es un período en el que se hacen exploraciones, intentos y esfuerzos para buscar las decisiones definitivas que establecerán la identidad adulta del individuo*". Stanley Hall (1904) considerado como el padre de la psicología de la adolescencia, expresa que el desarrollo psicológico de cada individuo recapitula la evolución de la especie humana, tanto en un sentido biológico como cultural. En el caso de la adolescencia (entendida por él de 12 a 25 años) la consideraba como un tiempo de tormenta y tensión (*Sturm and Drang*) que refleja la explosiva historia de la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

humanidad durante los últimos 2000 años. Estrada-Inda (1987) sugiere que el advenimiento de la adolescencia es tal vez la fase que más pone a prueba el sistema familiar, fase en la que se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios. Es importante anotar que existen autores entre ellos Mannoni (1989), que no consideran a la adolescencia como una crisis, y no fundamentalmente dolorosa o conflictiva; sino como un período del desarrollo que dura un tiempo y el tiempo es su medio natural, se trata además de un paso inevitable, pero de un paso que no deja de presentar riesgos y, debe aceptarse como un hecho "normal".

Con frecuencia la adolescencia es definida como la etapa intermedia o fase de transición entre la niñez y la edad adulta. Sin embargo, si sólo se le define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por el otro, el concepto de adolescencia resulta confuso. En opinión de Shock 1946, (citado en Fitzgerald, 1997), este período empieza con los cambios físicos de la pubertad (pubertad, entendido como las transformaciones físicas observables en el individuo), y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos; ya que la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. Por otro lado, la terminación de la adolescencia es igualmente difícil de definir. Por lo general, a las personas se les considera adultas cuando la comunidad de adultos da por supuesto que dicha persona está lista para aceptar las responsabilidades que implica la integración a la comunidad adulta. Fitzgerald (1997) refiere que esta definición también es ambigua, pues en muchas sociedades los contratos legales reconocen el status adulto de un individuo cuando éste ha cumplido los 18 años de edad; sin embargo, en otras sociedades, las leyes varían con respecto a la edad a la que se puede tratar a un individuo como adulto; algunas culturas determinan el paso de la niñez a la edad adulta por

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

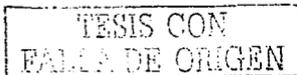
medio de iniciaciones y ritos de pubertad, no obstante, estos ritos, tales como las "graduaciones" y los "debuts", así como ciertas observaciones religiosas como la confirmación y el bar mitzvahs, no son lo suficientemente universales como para proporcionar una señal precisa de cambio de status.

La adolescencia es un período del desarrollo humano que se caracteriza por la presencia de cambios biológicos, psíquicos y conductuales que provocan inconsistencia en el estado de ánimo, con cambios bruscos y extremos, pasan del llanto a la risa sin saber por qué. Se vive crisis de identidad que orilla al sujeto a hacer intentos y esfuerzos para tomar decisiones definitivas con respecto a lo que será su identidad adulta. (Kaplan, 1996).

El estudio de la adolescencia constituye uno de los temas más importantes de la psicología evolutiva, Inhelder y Piaget (1978) dicen que en la adolescencia el sujeto pasa del pensamiento concreto, que se centra en lo -real aquí y ahora-, al pensamiento formal, donde se alcanzan a ver las transformaciones posibles y es capaz de imaginar y deducir a partir de un hecho real, lo que permite al sujeto prever y planear hacia el futuro.

En este período se acentúa en el sujeto la necesidad de comunicación social y de autoafirmación, por lo que ocupa una posición intermedia entre la familia y la sociedad. Es precisamente esta posición intermedia la que marca la entrada del sujeto a la adolescencia, que se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es la etapa en la que el impulso sexual y el impulso reproductor se unen en un solo instinto, en el cual se determina la identidad personal, se establece la posibilidad de comunicación emocional y afectiva profunda más allá del núcleo familiar, se logra el desarrollo de relaciones objetales adultas -sin búsqueda de dependencia- y se ejerce la sexualidad. (Papalia, 1997).

Por consiguiente, dada la gran variedad de definiciones que en cuanto a la adolescencia se refieren, está visto que este período del desarrollo humano evade



toda definición exacta. Más aun, la naturaleza misma de la adolescencia implica cierta falta de claridad y resistencia a cualquier definición. Con todo, el término adolescencia se usa para referirse generalmente a un vasto período de acelerado crecimiento físico y psicológico. Su comienzo es determinado mediante la observación de los cambios físicos; este período conocido como pubertad, se inicia generalmente alrededor de los 10 años en las niñas y de los 12 años en los varones. Estudios clínicos muestran que las modificaciones de la estructura psicológica tienen lugar aproximadamente a la par que los cambios físicos (Papalia, 1997).

Se puede expresar que la adolescencia es el desarrollo evolutivo que se manifiesta en los planos instintivo, afectivo, familiar, social e intelectual que se inician comúnmente con los cambios físicos de la pubertad; este concepto abarca todo aquello que supone el enfrentamiento del individuo con el mundo que le rodea y con su propio cuerpo en transformación.

Lo principal es que la adolescencia es algo más que cambios físicos que se inician con la pubertad, aunque en gran medida estos cambios marquen el inicio y el proceso de la adolescencia; el crecimiento físico en la adolescencia, por su relativa brusquedad y por el hecho de que es vivido socialmente como una transformación, no puede dejar de tener una repercusión sobre el plano psicológico; el adolescente necesita identificarse con su propia imagen, apropiarse de la representación de su cuerpo en transformación. Mientras el adolescente vive el impacto de estos cambios físicos y psicológicos, las figuras paternas deben hacerse conscientes de las implicaciones que este proceso tiene dentro del núcleo familiar, a fin de procurar el bienestar del propio adolescente y de la familia en general.

A continuación se revisan los aspectos físicos que suceden en la pubertad y que marcan el inicio de la adolescencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2.2. ASPECTOS FÍSICOS Y ORGÁNICOS.

Los cambios físicos, como se manifiesta en el apartado anterior, marcan en gran medida el inicio de la adolescencia.

Generalmente entre los 10 y 16 años, dependiendo de factores orgánicos, hereditarios y de género, hay un aumento notable de peso y de talla. Aquí se da una diferenciación entre ambos sexos ya que la mujer se adelanta al varón y con frecuencia su peso y talla definitivos se alcanza en esta época, en tanto el hombre no alcanza su peso y talla definitivos sino hasta tres o cuatro años después. En México, el aumento de talla en la mujer se inicia a los 10 años, mientras que el del varón empieza a los 14 años. Respecto al peso, la superioridad femenina se mantiene hasta que el varón cumple los 16. (Menéndez, 1986).

El sistema endócrino es el responsable de los cambios biomorfológicos y psicológicos que caracterizan a la adolescencia. La hipófisis, glándula encargada de regular el buen funcionamiento de todo el sistema endócrino, al liberar las hormonas gonadostimulinas, excitan las gónadas que influyen en el desarrollo y funcionamiento de los órganos sexuales. La presencia de las hormonas sexuales en el torrente sanguíneo estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la diferenciación morfológica entre el varón y la mujer. En la mujer los caracteres sexuales secundarios son: el crecimiento de los senos, el ensanchamiento de la cadera y la aparición del vello púbico y axilar; en el hombre se engrosa la voz, se ensancha la espalda y hay crecimiento general del vello en todo el cuerpo; aparecen barba, bigote, vello axilar y púbico. Otra característica de la adolescencia es el crecimiento acelerado y a veces desproporcionado que se opera en la fase de la pubertad, ocasionado por la influencia de la somatotropina hipofisiaria; el crecimiento continúa hasta que las hormonas sexuales intervienen en la osificación de los cartílagos de conjugación. La liberación de hormonas sexuales gonadotrópicas provoca la maduración de las glándulas sexuales y el inicio de la madurez reproductiva: los ovarios produciendo estrina y progesterona;

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y los testículos produciendo testosterona. Estas hormonas permiten el inicio y desarrollo de los caracteres sexuales primarios; maduración del órgano reproductor; y secundarios; modificación de voz, estructura pélvica y distribución de grasa. (Menéndez (1986).

Es importante tener presente que el crecimiento no se da al mismo ritmo y en forma continua en todas las edades, sino que existen épocas de expansión de estructura orgánica específica que corresponden a diferentes partes del cuerpo. Menéndez (1986) observa en el proceso de crecimiento óseo, que son los huesos largos y el tronco los que primero evolucionan; el crecimiento articular es posterior. Esto provoca incoordinación muscular, frecuente en la adolescencia, y por tanto generadora de conflicto psíquico ya que hay una sensación de extrañeza del propio cuerpo. Es por esta razón por lo que algunos autores hacen referencia a que los cambios físicos propios de la pubertad, connotan modificaciones en la estructura psicológica, que se manifiestan en los planos sexual, afectivo, social, familiar e intelectual de la vida del adolescente. Es necesario conocer cuáles son los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso de la adolescencia.

### **2.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.**

Dentro de los aspectos psicológicos que tienen lugar en el periodo de la adolescencia y por los que el individuo atraviesa, se consideran como de mayor relevancia: la identidad; el narcisismo; la sexualidad; la masturbación; la identidad sexual y pareja; el intelecto; el ensueño, la fantasía, la expresión artística y la socialización.

#### **2.3.1. Identidad.**

Ha sido mencionado que uno de los primeros cambios a los que se enfrenta el adolescente es el evidente cambio corporal con las consecuencias que éste

acarrea. No sólo es perder el cuerpo infantil de conocidas proporciones y alcances que domina y encontrarse con un cuerpo que crece tan aceleradamente que se vuelve extraño a pesar de ser propio. Es también darse cuenta que ya no es niño, ahora se espera más de él pues obtienen nuevas capacidades, se espera que deje de depender del núcleo familiar para asumir nuevas responsabilidades ante la sociedad y ante sí mismo. La primera impresión es de pérdida, se pierde el cuerpo infantil, se pierde el rol infantil, en otras palabras; se pierde la propia identidad. Para Erikson (1980), ser adolescente es vivir en crisis de identidad, y la búsqueda de ésta lo mantiene en constante tensión. Para Aberasturi y Knobel (1978), la tarea principal del adolescente será la elaboración de tres duelos: duelo por la pérdida del cuerpo infantil, duelo de pérdida del rol infantil y duelo por la pérdida de los padres protectores y omnipotentes. Estas pérdidas o duelos a los que se enfrenta el adolescente originan en él, una búsqueda de identidad adulta; para Erikson la identidad significa: *"la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás"*. Para Castro (1981), la identidad *"es un proceso constituido por mecanismos de introyección y proyección que se instauran en el individuo desde el momento de su nacimiento..."* Esta misma autora menciona que *"... la idea que el individuo tiene sobre sí mismo a lo largo de su existencia se ve constantemente significada por los otros y por sus propias experiencias, conformando así su identidad"*. Erikson (1980) menciona que el adolescente vive en la etapa de la "identidad versus confusión de rol", en la que obtiene la consolidación de su personalidad y de este modo garantiza el desarrollo ulterior del yo, de no ser así la posibilidad de lograr esto se pierde. La búsqueda de la identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel muy importante en el desarrollo. Erikson, considera que la interrogante "¿Quién soy yo?", se convierte en una pregunta punzante ante el cambio tan rápido. La lucha por "encontrarse a sí mismo" puede revestir una gran variedad de formas: la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

logros especiales, o la identificación con otros. Es por ello que muchos de los problemas sociales y personales de desarrollo surgen durante la adolescencia. Las dificultades que giran alrededor de la independencia personal, de la separación de la familia y de la elección de una vocación son todas problemas típicos de la adolescencia.

En un principio la identidad se modela por la experiencia que influye en el concepto de sí mismo, pero a medida que la sensación de identidad se hace más fuerte, se produce un giro, de modo que la identidad comienza a modelar la experiencia. Los factores organizadores de la identidad son los intereses, los valores morales y religiosos, las elecciones y predisposiciones vocacionales, los motivos de logro que con ellos se vinculan, así como el desempeño de su papel sexual en la sociedad (Erikson, 1980).

La vivencia de esta etapa es diferente en cada adolescente ya que cada uno es entidad única, conformada en virtud de características genéticas, sociales, económicas y culturales específicas. Aun así, existen características conductuales y emocionales que pueden ser consideradas como universales pues de un modo u otro se presentan en todos los adolescentes, tales como las dificultades en este proceso de búsqueda de identidad. Estrada-Inda (1987), menciona como ejemplos de estas dificultades la rivalidad que un padre siente hacia su hijo varón cuando éste crece más fuerte o más inteligente que él o bien los sentimientos de inferioridad y minusvalía si el hijo no logra alcanzar las expectativas de los padres. Es éste, sin duda un punto crucial con innumerables facetas, como lo muestra la demanda que, por otra parte, el adolescente hace a sus padres cuando los compara con sus maestros, amigos, líderes, ídolos y demás modelos de identificación.

Cuando el adolescente se descubre a sí mismo, se da cuenta que no piensa igual que los demás y entra en una etapa de cambios emotivos porque se siente extraño, diferente y a veces hasta enfermo. Se da cuenta que para lograr su

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

identidad debe tenerse el doble movimiento del conocimiento de sí mismo y de la interacción con los demás. El adolescente logra un avance importante cuando toma conciencia de su propio ser, de sus posibilidades y limitaciones. *"Es saber que tengo un destino propio y que no es comunicable, por lo que tengo que vivirlo. Es ser yo, pero con los demás"*. (Erikson, 1980).

Para confirmar su identidad, el adolescente procura llamar la atención y conseguir que los demás se fijen en él. De acuerdo a Stanley Hall (1904) durante el proceso de identidad el adolescente se enfrenta con el medio social y se provocan dos reacciones fundamentales:

a) *Repliegue*. Los cambios bruscos de temperamento determinan que el sujeto no se comprenda a sí mismo, condición que lo lleva a aislarse. Se encuentra tan absorto en sus pensamientos que es frecuente sorprenderlo pensando en voz alta. Hay una ruptura en la secuencia de sus actividades cotidianas tanto dentro de la familia como con los amigos y en la escuela.

b) *Oposición*. El adolescente descubre que es capaz de pensar por sí mismo, que es un ser autónomo que puede ser independiente, por lo que se atreve a expresar su desacuerdo e inconformidad con los adultos. En esta etapa el adolescente dice que no a todo; defiende argumentos por el deseo de hacerlo, sin que necesariamente esté de acuerdo. Pone en tela de juicio las conductas establecidas por los adultos, rompe con sus costumbres, se vuelve autocrítico y trata de organizar su vida sin necesidad de la aprobación familiar; plantea y se abre horizontes hacia el futuro, oponiéndose a lo establecido.

El proceso de búsqueda de identidad que atraviesa el adolescente, es uno de los aspectos psicológicos más importantes de este período y este proceso se da a través del contacto con el medio externo. La identidad se vive de acuerdo a los intereses del sujeto, se obtiene del contacto y el aprendizaje con los padres y el

medio social. Se tiene la necesidad de llegar a ella por un sentimiento de continuidad personal dentro de un contexto tanto social como histórico.

### **2.3.2. Narcisismo.**

El arribo a la adolescencia marca una etapa en la que el amor y la protección paternal ya no puede ser la única fuente de gratificación y amor. Ahora el joven tendrá que aprender a asegurarse por sí mismo la cantidad necesaria de amor y protección requeridos para el resguardo de su autoestima.

El narcisismo, entendido como un amor exagerado a la imagen de sí mismo, es un acontecimiento que tiene un aspecto positivo y otro negativo. En el aspecto positivo el narcisismo tiene su expresión más abierta en la actitud creadora que permite la comunicación de experiencias muy personales y la inmediata y legítima gratificación; todo lo que hace y expresa es único y nadie es capaz de imitarlo e igualarlo. En el aspecto negativo, es ese proceso de desprendimiento que se expresa como arrogancia, desafío, burla y rebeldía a la autoridad, sobre todo paterna. Es también ese aire de omnipotencia y de vanidad exagerada de todo adolescente. (Blos, 1980).

### **2.3.3. Sexualidad.**

Este es el aspecto que tiene un interés dominante en el adolescente pues le afecta tanto desde el punto de vista orgánico como desde el punto de vista psicológico.

Las diferencias sexuales de acuerdo a Menéndez (1986) se establecen en tres niveles:

- a) Caracteres esenciales o primarios (órganos internos).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

b)Caracteres secundarios (voz, distribución del vello y grasa, tamaño, peso, estructura pélvica); y

c)Caracteres terciarios (hábitos, costumbres, conductas, manifestaciones psíquicas), que contribuyen a establecer la atracción con el sexo opuesto

Dado que no existe una constitución puramente masculina o puramente femenina, es frecuente y normal que aparezcan caracteres sexuales masculinos en la mujer y femeninos en el hombre, aunque dominan las características femeninas en la mujer y masculinas en el varón. Esto trae consigo cierto desconcierto con respecto al papel sexual, pues a veces hay tendencias de comportamiento y de gustos que corresponden al sexo opuesto, incluso se llega a sentir atracción por los sujetos del mismo sexo, pero ésta es una situación pasajera las más de las veces, aunque no deja de ser motivo de angustia. (Blos, 1980).

Esta situación de confusión sexual provoca gran curiosidad e interés por adquirir mayor conocimiento sobre la sexualidad por lo que busca información en adultos emocionalmente significativos para él o en amigos adolescentes; si la información no es satisfactoria recurrirá a libros, revistas, diccionarios y demás publicaciones sobre el tema, que en ocasiones poseen pobre o inadecuado nivel de información. Ballesteros (1980), expresa que los tabúes sociales empujan al adolescente a una búsqueda obsesiva, furtiva y plena de ansiedad para conseguir información, frecuentemente distorsionada que en lugar de satisfacer su necesidad le provoca conflictos y sentimientos de culpa. El adulto en el hogar, o en la escuela, suele adoptar actitudes negativas, en lugar de ver en esta conducta una necesidad que reclama ser atendida, la califica de inmoral y obscena, con ello aumenta la confusión del adolescente y lo orilla a actitudes equivocadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **2.3.4. Masturbación.**

Después de un período de latencia donde de hecho la energía sexual se encuentra latente, esta energía irrumpe con fuerza en la adolescencia, invadiendo todas las áreas de acción del sujeto, lo que provoca gran tensión. (Blos, 1980)

La masturbación definida por Blos (1980) como la gratificación genital autoerótica, cumple una importante función en el desarrollo psicosexual de la persona, pues permite que el sujeto conozca sus zonas erógenas y gustos por algún tipo de caricia sexual, así como concentra la excitación sexual en la esfera genital y por lo tanto marca el inicio de la última etapa del desarrollo sexual de acuerdo a la teoría freudiana: la etapa genital. Cumple también una función reguladora de tensión porque permite centrar esta energía difusa en una sola área y le da salida. De acuerdo a Blos, la masturbación previene de experiencias sexuales, heterosexuales u homosexuales precipitadas y prematuras que puedan dañar al individuo.

Por siglos la masturbación ha sido fuertemente censurada por considerarse una práctica dañina, destructiva, pecaminosa, lo cual provoca que, aunque su práctica pueda ser beneficiosa, muchas veces se lleve a cabo con fuerte carga de culpa, reconocida o no. Por esta razón algunos sujetos prefieren no practicar la masturbación y buscan otras formas de canalizar su energía sexual como el deporte o las actividades artísticas (Ballesteros, 1980).

La práctica de la masturbación tiene su plenitud en la pubertad y desciende, a menudo, hacia el fin de la adolescencia. Debe desaparecer con la elección del objeto sexual y con la posibilidad de establecer una relación sexual. En opinión de Ballesteros (1980) esto sería alrededor de los 19 años de modo ideal, pero aquí intervienen aspectos socioculturales y económicos, tanto individuales como de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

grupo. En ocasiones la iniciación sexual se da a muy temprana edad (considerando que hay grupos donde los jóvenes se casan desde los 12 años), o se posterga hasta que los jóvenes puedan casarse, lo que implica terminar una carrera, tener empleo, etc.

### **2.3.5. Identidad Sexual y Pareja.**

Debido a que todo ser humano posee hormonas femeninas y masculinas, con el dominio de una de ellas, el adolescente entra en un período de confusión, en el que duda asumir los roles de comportamiento del hombre o de la mujer. La resolución de este conflicto tiene sus bases en la identificación, positiva o negativa, del sujeto con el padre del mismo sexo. A este respecto Erikson (1980), refiere que del logro de la identidad sexual depende el futuro del sujeto pues ésta definirá la identidad total de la persona. Esto es porque definitivamente las conductas sobre su propio sexo que el sujeto ha aprendido de sus padres, serán repetidas en todos los ámbitos de su vida.

El sujeto en la adolescencia cambia en gran medida el concepto que tenía de sus padres. Si en la infancia estos están llenos de virtudes y a veces revestidos con dotes extraordinarios, en la adolescencia, debido a la actitud de crítica característica de esta etapa, se toman llenos de defectos lo que provoca gran desilusión en el sujeto, por lo que tiende a rechazarlos. Mueren los héroes que todo lo pueden, pero el padre y la madre continúan ahí y será labor del adolescente aprender poco a poco a aceptarlos en su justa dimensión. La posibilidad del adolescente varón de hacer las paces con la imagen paterna y de la mujer con la imagen materna dará la pauta para alcanzar la identidad sexual. (Blos, 1980).

El logro de la identidad sexual se verá reflejada en la relación de pareja. Hacia la fase intermedia de la adolescencia se verá que tanto los hombres como las mujeres pasarán de un total distanciamiento con los miembros del sexo opuesto, a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

un paulatino acercamiento. Hombres y mujeres darán muestra del interés por el sexo contrario, primero a nivel puramente romántico: la pareja es la imagen de un adulto, generalmente el padre o la madre, que sirve para establecer la distancia, mecanismos de introyección e identificación con conductas y rasgos de personalidad que admira. Este será el primer acercamiento a la sexualidad y, sobre todo, ensayará la comunicación que ayudará y facilitará relaciones futuras. (Menéndez, 1986).

Hacia la fase final de la adolescencia (17 a 20 años) el amor se verá combinado con juegos físicos y franco interés sexual. Habrá ensayos con una o varias personas, para establecer una relación de pareja de mutua entrega y comprensión. De acuerdo a la teoría psicoanalítica, el logro de esto último marca que la adolescencia llegó a su fin.

### 2.3.6. Homosexualidad.

No todos los adolescentes logran alcanzar la identidad heterosexual, es decir, una correspondencia entre el sexo biológico y la identidad sexual. Aunque como parte del desarrollo se tiene una fase homosexual transitoria *"cuando un miembro del mismo sexo se toma como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal"*, (Blos, 1980). Hay algunos factores que pueden favorecer la identidad homosexual y que, sobre todo, encuentra su origen en la infancia, éstos pueden ser múltiples, pero en general son la expresión del fracaso en la identidad con el padre del mismo sexo sea por ausencia, rigidez o complacencia extrema, o por una posición ambivalente ante la pareja del sexo opuesto, lo que provoca en el sujeto rechazo al padre del mismo sexo e identificación, aceptación e imitación con el padre del sexo opuesto asumiendo sus roles. Hacia el final de la adolescencia el individuo puede alcanzar tanto la identidad homosexual como la heterosexual.

### 2.3.7. Intelecto.

El pensamiento del adolescente difiere del pensamiento del niño porque mientras éste, ante situaciones y problemas responde con ensayo y error, el adolescente hace mentalmente planes de acción basados en hipótesis que pone a prueba. El adolescente busca dentro del ambiente causas, explicaciones y leyes generales, es decir, utiliza el pensamiento hipotético-deductivo para resolver problemas específicos que le plantea la vida. (Piaget, 1974).

Para llegar al desarrollo de las operaciones formales el adolescente requiere de la cooperación de los demás, pues al comienzo de la adolescencia la vida social entra en una nueva fase de creciente elaboración; el intercambio de puntos de vista lleva al adolescente a un mayor entendimiento mutuo. (Piaget, 1974).

La facilidad del sujeto para elaborar teorías abstractas permite que, por un lado, se desligue y libere de lo real y, por otro, edifique a voluntad reflexiones sobre la realidad en las que es el destructor de lo viejo y el constructor de lo nuevo. Se cree que la reflexión es todopoderosa y que la realidad se somete al pensamiento y no al contrario. (Piaget, 1974).

El uso y abuso de este nuevo poder imprevisto da paso a la existencia del egocentrismo intelectual debido a que: *"Todo nuevo poder de la vida mental empieza por incorporar el mundo en una asimilación egocéntrica para después lograr un equilibrio que se da cuando hay una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad, la reflexión comprende que la función que le corresponde no es contradecir, sino la de anticiparse o interpretar la experiencia"*. (Piaget, 1974).

Como parte del logro de la identidad y la consolidación de este nuevo proceso del pensamiento, el adolescente se plantea la necesidad de tomar una posición frente a su futuro, así, pasa de la aceptación de los valores paternos a valorarlos, comprobarlos y experimentarlos por sí mismo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El adolescente formula un nuevo plan de vida, que reclama revisar los valores éticos, intelectuales y afectivos; lo que trae consigo el nacimiento de ideales renovados y el desarrollo de la capacidad de lucha para conquistarlos, consecuentemente se planteará el problema de ser auténtico, es decir, abandonar el juego de simulación y actuar con una firme pero razonable afirmación o negación ante la realidad.

### **2.3.8. Ensueño, Fantasía y Expresión Artística.**

Se puede decir que una de las cosas más estimulantes de los adolescentes es su idealismo. Se encuentran en libertad para formular planes ideales.

Para Erikson (1980), imaginar es una herencia de la edad del juego y esta herencia, -el juego imaginado y actuado a través de diversas actividades-, le permite al adolescente la expresión más o menos abierta de sus emociones, sus conflictos, sus necesidades y fantasías. Asimismo, le es posible, a través de asumir diversos roles, desafiar a los demás y a sí mismo para, poco a poco, asumir un papel serio y adulto en la sociedad. En este sentido, Winnicott (1987), dice que el adulto y el adolescente necesitan un área donde la realidad interna y externa se combinen y que el juego dé descanso a esta actividad.

Es característico del adolescente soñar, imaginarse como realizador de grandes empresas, conquistador de dinero, fama, poder; como héroe redentor de oprimidos y abolidor de injusticias. El adolescente fantasea con un mundo ideal, con hombres y mujeres ideales. La expresión de estas fantasías adquiere diversas formas tanto en el plano artístico: música, danza, teatro, pintura, escultura; como en el plano intelectual: expresión de formas literarias que van desde el "diario" (reservado y personal) hasta el cuento, la poesía, etc.; y el plano deportivo. La actividad creadora tiene su momento culminante en el período adolescente de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cada sujeto y generalmente desaparece con el arribo a la edad adulta, pero permanece en las personas con verdadera vocación artística. (Winnicott, 1987).

De acuerdo a Blos (1980), la fantasía es experimentada como realidad. El adolescente toma su fantasía por realidad para renunciar a una realidad que considera más peligrosa. La fantasía y los sueños diurnos ayudan al adolescente a contrarrestar la regresión narcisista. En la fantasía la ideación relacionada con el objeto y la aguda percepción de los impulsos instintivos permiten al adolescente implementar cambios catécticos como ensayos, y le ayudan a asimilar en pequeñas dosis las experiencias afectivas hacia las que se está moviendo su desarrollo progresivo.

### **2.3.9. Socialización.**

En este aspecto la relación interpersonal cumple un papel muy importante como parte de la consolidación de la personalidad. Una de las formas más importantes de socialización es la amistad. A consideración de Menéndez (1986), la amistad es el sello de la adolescencia, por ser la edad en la que el afecto se expresa con mayor libertad y el sentimiento domina cualquier otra manifestación psíquica o intelectual, la amistad entre adolescentes del mismo sexo se acompaña de expresiones físicas de afecto (abrazos, besos, etc.) así como una demanda permanente de exclusividad con estallidos de celos, disgustos, reconciliaciones, envío de cartas, etc. Las reacciones son vehementes y hay una aparente desproporción entre un estímulo que parece poco significativo y la respuesta emocional. Blos (1980), refiere que los amigos son elegidos porque poseen cualidades que el sujeto quisiera tener, así pues, la relación de amigos permite establecer a distancia identificaciones e introyecciones de conductas y rasgos de personalidad que admira, como parte de la formación de su yo ideal.

Como parte del proceso de socialización, la pertenencia al grupo y el desempeño de una función social son sentidos por el adolescente como

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

necesidades psicosociales de origen vital, pues en la medida que el adolescente se independiza de su familia, se hace más dependiente del grupo, a fin de lograr apoyo para afrontar los problemas propios de su edad, por otra parte, pertenecer a un grupo contribuye a la obtención de seguridad, al sentirse cálidamente aceptado y a veces respetado y admirado por los demás. Es dentro del grupo donde se da el desarrollo psicosocial mediante el tránsito del yo al nosotros. Por esta razón, el organizarse en un grupo formando "pandillas" o "bandas" es una necesidad que experimenta el joven en la adolescencia y es utilizado como una forma de afirmar su fuerza, poderío y voluntad ante la familia y la sociedad. Su formación es usualmente espontánea, siempre hay un dirigente y los objetivos pueden ser de tendencias constructivas o bien delictivas y destructivas. (Blos, 1980).

Erikson (1980), explica que el adolescente encuentra que el medio familiar lo limita por lo tanto, siente la necesidad de buscar en el conjunto de la sociedad y sus instituciones, elementos para confirmar su identidad, así como modos de vida que valga la pena continuar, ya que requieren de elementos que les ayuden a obtener una identidad social, pero estos deben ser elementos vigorosos, estables y justos que le permite enriquecer su experiencia. El acercamiento social se divide en dos etapas:

- a) **Rebeldía:** Es la oposición a los convencionalismos sociales. Se inicia hacia el fin de la pubertad y abarca los primeros tres o cinco años de la adolescencia. Es parte del desarrollo normal de la personalidad que le permite valorar y enjuiciar el sistema imperante, así como ensayar modelos de conducta diferentes a los aprendidos, lo que le hace experimentar y reafirmar su posición de independencia.
  
- b) **Retorno:** Se da en la última etapa de la adolescencia, es tan lenta y difícil como la etapa anterior y se expresa como la posibilidad de integrarse productivamente a la sociedad.

Erikson, (1980) expresa lo siguiente: *"La juventud, en particular, depende de la coherencia ideológica del mundo del que se supone debe hacerse cargo, y en consecuencia se da perfecta cuenta de si el sistema es lo suficientemente fuerte en su forma tradicional como para ser "confirmado" por el proceso de la identidad o está lo suficientemente debilitado como para sugerir una renovación, reforma o revolución. La identidad psicosocial posee también un aspecto psichistórico"*.

Esta analogía de la adolescencia, realizada por Erikson hace pensar que quizá la integración del adolescente al medio social es una de las tareas más difíciles de concluir satisfactoriamente, ya que depende no sólo de la resolución de la etapa de la adolescencia, sino de la sociedad, con todo su conjunto de normas, costumbres e ideas que afectan, positiva o negativamente la crisis del adolescente.

La sociedad toma una gran fuerza para el desarrollo del adolescente, Lozano (1998) refiere que los factores sociales determinan la forma en que los adolescentes expresan las emociones y el tipo de estímulos que los origina. Durante este período, cualquier emoción es susceptible de ser experimentada de manera intensa y exaltada, ya que el solo hecho de pasar por la adolescencia constituye una situación estresante ante la cual pueden dar respuestas que dependiendo de la personalidad de cada uno, consideraran más adaptativas y que les permitan funcionar; como el acto de beber, comer en exceso o no comer, fumar, consumir drogas, hacer ejercicio hasta agotarse, etc. Estas conductas se denominan autodestructivas y hacen referencia a cualquier conducta realizada voluntariamente y que ponga en riesgo la salud física y/o mental del individuo. Lozano, menciona también que muchos profesionales han reconocido dentro del rango de conductas autodestructivas en niños y adolescentes, el suicidio, la tentativa de suicidio, el abuso de alcohol y drogas, los desórdenes alimenticios, huir de casa, la promiscuidad, la prostitución y repetidos embarazos no deseados

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

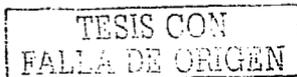
El logro de la identidad adulta y sexual ejerce una alta influencia en el desarrollo normal del adolescente, así como sus capacidades artísticas e intelectuales sufren cambios en el individuo para lograr una reinserción en la sociedad, pero dejando los roles infantiles para asumir los roles del mundo adulto. Sin embargo, está es una tarea difícil que afrontar, el adolescente debe librar una lucha para dominar los conflictos y presiones que se originan debido a la revaloración del sistema familiar y la sociedad. El adolescente puede ajustarse a ellos logrando una identificación con los mismos y una identidad propia, adulta, responsable y madura dando lugar a la formación del carácter: o puede rebelarse si no encuentra una identificación que lo haga sentirse bien consigo mismo, dando lugar a la formación de síntomas neuróticos.

#### **2.4. ADOLESCENCIA Y FAMILIA.**

La necesidad del adolescente de afirmar su personalidad independiente y autónoma, les torna rebeldes y por lo mismo se da un fuerte choque con el medio familiar, pues los padres ya no pueden ejercer el poder absoluto y sus órdenes ya no son obedecidas sin discusión.

Aberastury y Knobel (1978) destacan que la adolescencia no es sólo un proceso que afecta al joven sino que también afecta a la familia, sobre todo a los padres que se enfrentan a la pérdida de un hijo-niño, dependiente y obediente al que saben como tratar, y tienen un hijo que lucha por su independencia y la obtención de su propia identidad. Además el mismo proceso de crecimiento de los hijos enfrenta a los padres ante sus propios problemas, sus propios logros y fracasos, y al inminente arribo de la vejez y la muerte.

La crisis que se da en la familia ante la presencia de uno o varios hijos adolescentes, es la más aguda a la que se enfrentan los jóvenes y tiene como causa principal la crisis de autoridad, pues los padres luchan por seguir teniendo



el control absoluto de los hijos y éstos por tener el control de su propia vida. Las proporciones que este grave conflicto alcance dependerán en gran medida, de las condiciones del hogar, de los nexos afectivos creados en la infancia, del temperamento del adolescente y, sobre todo, del criterio de los padres (Aberastury y Knobel, 1978).

Este proceso de la vida tiene sobre los padres una influencia no bien valorada hasta hoy, el adolescente provoca una verdadera revolución en su medio familiar y social y esto crea un problema generacional no siempre bien resuelto. Estrada-Inda (1987) considera que es este momento del desarrollo, donde el modo en que se otorgue la libertad, es definitivo para el logro de la independencia y de la madurez del hijo.

Aberastury y Knobel (1978), sostienen que el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero también un juicio de valor que debe respetarse. Además la desidealización de las figuras parentales que lo sume en el más profundo desamparo. Sin embargo, este dolor es poco percibido por los padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace aun más profundo y difícil este proceso. Los padres suelen usar la dependencia económica como poder sobre el hijo, lo que crea un abismo y un resentimiento social entre las dos generaciones. La hostilidad del adolescente frente a los padres y al mundo en general se expresa en su desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo a la realidad, situaciones que pueden ser ratificadas o no por la realidad misma. A más presión parental, más incompreensión frente al cambio. El adolescente reacciona con más violencia por desesperación, y desgraciadamente es en este momento decisivo de la crisis adolescente cuando los padres recurren por lo general a dos medios de coacción: el dinero y la libertad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El cambio de vida al que se ve obligado el adolescente, por causa de los cambios biológicos y psicológicos que van tomando lugar, le exige plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales y afectivos; implica el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de la capacidad de lucha para conseguirlos. Pero al mismo tiempo, le impone un desprendimiento; abandonar la solución del "como si" del juego y aprendizaje, para enfrentarse al "sí" y "no" de la realidad activa que tiene en sus manos.

## 2.5. ETAPAS DEL DESARROLLO

La adolescencia es una época de duración discutida. Aberastury y Knobel (1978) mencionan que este período varía de una sociedad a otra. La duración de la adolescencia está determinada más bien por la cultura, por la raza, por el clima y por otros factores, individuales o familiares, por lo que, en algunos casos puede ser de los 11 a los 18 años, en otros de los 12 a los 25 años, etc. Cabe recalcar también, que es imposible hablar de una sola adolescencia. De hecho, existen varias adolescencias. Para Blos (1980) no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino etapas evolutivas, y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente. De acuerdo a Blos, una edad aproximada para cada etapa, quedaría así: latencia, de 7 a 9 años; preadolescencia, de 9 a 10 años; adolescencia temprana, de 11 a 14 años; adolescencia propiamente dicha, de 15 a 18 años; adolescencia tardía, de 19 a 20 años; postadolescencia, de 21 a 24 años. Para Pearson, 1970 (citado en González Núñez, 1995) existen tres etapas: período prepuberal, de los 10 a los 13 años; período puberal, de los 13 a los 16 años; y período pospuberal, de los 16 a los 19 años. Sullivan 1953, (citado en Jacobs, 1971) distingue tres etapas en la adolescencia: preadolescencia de 11 a 13 años, adolescencia temprana de 13 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años y los primeros 20. Cameron (1988), opina que la adolescencia es una época turbulenta e inestable que abarca más de una década de vida. Por otro lado para

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Hurlock (1976) constituye una etapa de desprendimiento *"que abarca desde la madurez sexual hasta el logro de la independencia respecto a los padres"*.

De acuerdo a las teorías psicoanalíticas, la adolescencia no constituye un nuevo nacimiento, sino muy a menudo una reactivación de ciertos procesos que se habían desarrollado durante la infancia. Por esto, los estudios psicoanalíticos de la adolescencia se refieren siempre a la evolución del niño principalmente en cuanto al conflicto Edípico.

A. Freud (1984, 1992) afirma que no sólo debe observarse el desarrollo del niño en una perspectiva de continuidad y de evolución para comprender el del adolescente; la historia, sobre todo la historia de periodos turbulentos, implica interrupciones e incluso retrasos y regresiones.

Cuando por una u otra razón, el individuo no es capaz de avanzar; trata de emplear otros métodos. Vuelve al pasado y recurre a medios que en otro tiempo le procuraron satisfacción, es decir, vuelve a puntos de fijación en alguna etapa anterior. Esto es posible porque nunca se pasa completamente de una etapa a otra. Incluso puede haber interrupciones en el desarrollo en una determinada etapa de la cual ha habido dificultad para arrancar, para ir más lejos. En caso de perturbación, la libido o el yo vuelve sobre estos puntos de fijación. En otras palabras, cuando en el momento de la adolescencia, el individuo sea víctima de incertidumbres y de conflictos, podrá tratar de salir de esta desagradable situación regresando a una de las etapas anteriores, en las que existan puntos de fijación (A. Freud, 1948, 1992).

A continuación se revisan algunos postulados de autores, acerca de las etapas del desarrollo desde un punto de vista psicodinámico: S. Freud, P. Blos, H.S. Sullivan y A. Aberastury y M. Knobel.

### 2.5.1. Sigmund Freud.

Para Freud 1905, (citado en Gross, 1998) el individuo pasa por las siguientes etapas de desarrollo:

- a) Etapa Oral: Abarca desde el nacimiento hasta principios del segundo año de vida. La primera zona en donde se manifiesta la libido es la boca, que funciona como un órgano a través del cual se le alimenta al bebé, este hecho alivia la sensación displacentera provocada por el hambre, de esta manera, el niño incorpora de su medio, objetos que le son gratificantes y que posteriormente le servirán como base para su identificación.
  
- b) Etapa Anal: Desde el inicio de la vida existe el placer anal, sin embargo, durante el segundo año, la zona erógena anal parece convertirse en la principal instancia ejecutiva de todas las excitaciones, sea cualquiera el lugar en que se originan, tienden a descargarse en la defecación. En esta etapa, el infante experimenta placer en la retención o eliminación de las heces fecales considerándolas como parte de sí mismo, lo cual va a ser aprobado o desaprobado por el medio, aquí aparece el deseo de poseer todo lo que hay a su alrededor, cosa que, al no ser satisfecha le causa agresión, misma que exterioriza.
  
- c) Etapa Fálica: Comprende de entre los 2 o 3 años aproximadamente hasta los 6 años de vida; en ésta, el infante centra su interés en sus genitales y la manipulación de éstos. El proceso más importante es el Complejo de Edipo, en donde el niño ama a su madre y desea tenerla para él solo y se irrita contra el padre, que es el principal obstáculo de sus deseos absolutistas. Para resolver el problema, el niño reprime el deseo por su madre (es decir, lo hace inconsciente) y se identifica con su padre. Esta represión origina en el niño sentimientos ambivalente de amor y odio contra el padre que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

originan un segundo complejo (de castración), la resolución de este conflicto da lugar al proceso de identificación.

- d) **Período de Latencia:** Se presenta de los 6 a los 10 años aproximadamente, antes de la pubertad. La influencia del yo se manifiesta típicamente después de la resolución del Complejo de Edipo, como una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias de los intereses de carácter instintivo en general. Pero esto no quiere decir que el niño sea asexual, sino que reprime las preocupaciones sexuales de los años anteriores, lo que permite continuar su desarrollo social e intelectual.
- e) **Etapa Genital:** Al finalizar el período de latencia, en el inicio de la pubertad, alrededor de los 10 u 11 años, se reinicia el interés sexual orientado hacia la procreación, aunado al hecho de que los órganos genitales han alcanzado la madurez, el autoerotismo queda atrás, ahora buscan un objeto sexual externo, siendo los padres en principio el blanco erótico, posteriormente inclina su atención hacia los padres del sexo opuesto.

La tarea que se plantea en la pubertad, es la adaptación de la personalidad a nuevas circunstancias creadas por los cambios de orden físico. En realidad son semejantes a las experiencias del período de la sexualidad infantil y a los del Complejo de Edipo, los conflictos de estos periodos, por eso reaparecen también cuando entra en conflicto el Yo en la adolescencia con las pulsiones instintivas. Estrada-Inda (1987), manifiesta: *"El desarrollo sexual, en la pubertad parece reiniciarse en el mismo punto en que fue abandonado en el momento de la resolución del Complejo de Edipo"*. Sin embargo, la situación es diferente de lo que fue en la infancia, Gross (1998), considera que afloran las actitudes de carácter contradictorio, simultáneamente o en inmediata sucesión. En general, el retorno de los impulsos sexuales se debe en parte al hecho de que la primacia genital no se ha establecido aún en forma completa y que la pubertad trae consigo un incremento de la sexualidad total.

## 2.5.2. Peter Blos.

Blos (1980), da una interpretación psicosexual de la adolescencia de la siguiente manera. *"La adolescencia se considera como la suma total de los intentos de adaptación a la etapa de la pubertad, al nuevo conjunto de condiciones internas y externas (endógenas y exógenas) a que se enfrenta el individuo. La necesidad urgente de superar la nueva situación de la pubertad, evoca todas las modalidades de la excitación, la tensión, la gratificación y la defensa que intervinieron en los años anteriores, es decir, durante el desarrollo psicosexual de la lactancia y años posteriores de la infancia."*

Para ampliar esta definición, habrá que remitirse a los comentarios que Blos (1980) hace en relación a la pubertad, quien trata de explicarla dividiéndola en adolescencia temprana y tardía: *"Las muchachas y los muchachos buscan en forma más intensa objetos libidinales más intensos, con esto se ha iniciado el proceso de separación de las ligas objetales tempranas. La característica distintiva de la adolescencia temprana radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, y como consecuencia encontramos una libido que flota libremente y clama por acomodarse. El retiro de la catexis de objeto, y la ampliación entre el Yo y el Superyo dan como resultado un empobrecimiento del yo. Esto se ha experimentado por el adolescente como un sentimiento de vacío, de tormento interno, el cual puede dirigirse a pedir ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle".* La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación, con esto se refiere el autor a la elaboración de:

- a) Un arreglo estable y altamente idiosincrático de las funciones e intereses del Yo.
- b) Una extensión de la esfera libre de conflicto del Yo (autonomía secundaria).
- c) Una posición sexual irreversible (constancia de identidad), resumida como principio genital.
- d) Una catexis de representaciones del yo y del objeto relativamente constante.

TRISIS CON  
FALLA DE ORIGEN

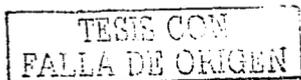
e) Estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

De acuerdo a Blos (1980) estas transformaciones se inician al cambiar el autoerotismo por un objeto externo que va a satisfacer sus impulsos sexuales, además, existen conflictos entre las instancias psíquicas, manifestándose la energía sexual a través de los impulsos provenientes del ello, mismo que lucha por salir, buscando su satisfacción de manera inmediata, sin que para ello cuente el principio de realidad, por lo que entra en acción el Superyo para apoyar al Yo con el fin de reprimir los impulsos instintivos, utilizando mecanismos de defensa para manejarlos, mediante este proceso el Yo se fortalece, ahora es capaz de discriminar los impulsos que deberán ser satisfechos de los que serán reprimidos. Por consiguiente, el Yo tiene como principal función, establecer un equilibrio entre las instancias psíquicas para dar lugar a una sexualidad madura.

### **2.5.3. Harry Stack Sullivan.**

Sullivan 1953, (citado en Jacobs, 1971) distingue seis etapas en el desarrollo de la personalidad:

- 1) La primera fase corresponde a la infancia que se inicia con el nacimiento y prosigue hasta la maduración de la capacidad del lenguaje, en esta etapa el niño aprende a adaptarse a su madre. La empatía es el modo no verbal de comunicar una emoción, la aprobación de la madre acostumbra a producir en el niño un estado de euforia, mientras que su desaprobación da lugar a la angustia. Así pues, las influencias culturales transmitidas mediante los padres determinan la estructura futura del Yo.
- 2) La segunda fase es la niñez, Sullivan establece límites superiores de esta etapa en la "capacidad de vivir con compañeros", la niñez es el estadio en que los procesos de culturización se hacen más penetrantes. El niño aprende los



hábitos evacuatorios, el aseo corporal y demás conductas consideradas correctas por la sociedad y representadas por los padres.

- 3) La tercera etapa es la juvenil, la cual se inicia con la asistencia a la escuela. En esta etapa, el niño presta mayor atención a las opiniones de los otros niños, trata de hacerse popular, teme a estar solo y ser rechazado.
- 4) La etapa denominada preadolescencia, transcurre de los 11 a los 13 años aproximadamente, se caracteriza por la aparición de la capacidad de amar, así como constatar sus percepciones con las de otros, y cede alguno de sus intereses en favor de su grupo, esta etapa desempeña un papel decisivo en la futura relación social de la persona. Las experiencias sociales de esta edad determinan la adaptabilidad social posterior.
- 5) La adolescencia temprana aparece de los 13 a los 16 años aproximadamente, es el desarrollo de una pauta de actividad heterosexual. Los cambios fisiológicos de la pubertad son experimentados por el joven, como sentimientos de deseo excesivo de goces especialmente de tipo sexual, sobre la base de tales sentimientos surge el dinamismo de concupiscencia que se comienza a afirmar en la personalidad. Este dinamismo implica la zona genital, incluyendo la participación de otras zonas de interacción como la boca y las manos.

Entre la necesidad erótica y la intimidad hay una separación; mientras la primera tiene como objeto a un miembro del sexo opuesto, la segunda permanece fijada sobre el individuo del propio sexo. La adolescencia temprana persiste hasta que el individuo halla una pauta de realización estable capaz de satisfacer sus impulsos genitales -Sullivan, 1953 (citado en Jacobs, 1971).

- 6) Por último, la adolescencia tardía transcurre de los 17 a 19 años, y los primeros 20. Se extiende desde la institución de una pauta preferencial de actividad genital hasta el establecimiento de innumerables relaciones interpersonales,

totalmente humanas o maduras según lo permitan las oportunidades personales y culturales disponibles.

Esta teoría enfatiza al individuo como ser social, creado por la cultura, ya que está en constante interacción con otras personas desde su nacimiento, buscando la aprobación de su conducta a lo largo de la vida y cuando ésta no se logra, experimenta ansiedad, la cual dará origen al sistema del Self; permitiéndoles enfrentarse a las demandas sociales a través de las experiencias cognitivas adquiridas de modelos sociales establecidos. Los autores psicoanalíticos, al considerar la adolescencia, se fijan que hacia el término de esta etapa, el individuo tiene la capacidad de establecer relaciones maduras con otras personas (llamadas relaciones objetales) y en la capacidad para contraer compromisos de trabajo.

#### **2.5.4. Arminda Aberastury y M. Knobel.**

Para ellos, la adolescencia se caracteriza por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo, este período varía de una sociedad a otra. Esta etapa obliga al individuo a cuestionarse el concepto que tiene de sí mismo, lo cual lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez.

*"Adolescencia es aquella etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tiende a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil". (Aberastury y Knobel, 1978).*

El adolescente atraviesa por un desequilibrio e inestabilidad extrema, lo que configura una identidad semipatológica, a lo que Aberastury y Knobel (1978) han

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

denominado "Síndrome normal de la adolescencia". Este proceso le permite establecer su identidad, que es el objetivo fundamental de este momento vital; para ello, el adolescente no sólo tiene que enfrentarse al mundo de los adultos, sino que, además debe desprenderse del mundo infantil en el cual vivía cómoda y placenteramente, tanto por su dependencia como por la satisfacción de necesidades básicas y su rol claramente establecido.

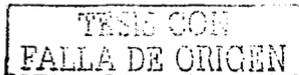
Señalan además, que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

- a) El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo, frente a lo cual se encuentra como espectador importante de lo que ocurre en su propio organismo.
- b) El duelo por el rol y la identidad infantil que lo obliga a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce, y,
- c) El duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente trata de retener, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

En los duelos que son verdaderas pérdidas de personalidad, en ocasiones transitoria y fugazmente, adquieren las características del duelo patológico.

El Síndrome Normal de la Adolescencia cuenta con las siguientes características de acuerdo a estos autores:

- 1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2) El adolescente recurre al grupo porque necesita de estima personal y seguridad.



- 3) La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento adolescente.
- 4) Las crisis religiosas son intentos de solución de la angustia que vive el Yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su Yo corporal.
- 5) La desubicación temporal.
- 6) La elaboración sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.
- 7) Actitud social reivindicatoria.
- 8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta.
- 9) Separación progresiva de los padres.
- 10) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

El logro de la propia independencia es objetivo de todo adolescente; sin embargo, le es difícil dejar de depender y ser protegido por los adultos. Esto hace que el adolescente trate de demostrar a la sociedad y a sí mismo que es un individuo autónomo; en aquellos adolescentes que no aceptan la serie de cambios que se operan en sí mismos y además, no logran elaborar el duelo que se manifiesta en este período, presentan con frecuencia conductas antisociales y autodestructivas; de tal manera que, cuando intenta demostrarse a sí mismo que es "su propio jefe" entra en conflicto con sus padres, o todos aquellos que representen la autoridad. (Aberastury y Knobel, 1978).

En resumen, todos los autores comentados anteriormente coinciden en considerar a la adolescencia como una etapa crítica, es decir, una etapa de revalidación y revaloración en todos los aspectos de su vida. Coinciden en afirmar la importancia que la familia y principalmente los padres tienen en esta revaloración, sin dejar de lado, a la sociedad que los rodea, pues es en este período donde se producen cambios importantes para el individuo, como la pérdida de objeto, así como la pérdida de la protección familiar y sus propios cambios físicos. Lo anterior le impone un distanciamiento del presente y, con ello, la fantasía de proyectarse en el futuro y ser él mismo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como parte del proceso normal de la adolescencia, el sujeto atraviesa por una crisis de identidad, que trae consigo ajustes y desajustes dejando al descubierto la vulnerabilidad del individuo en esta etapa; en la que revalora prácticamente toda su vida, lo que le genera inestabilidad y turbulencias que son afectadas por los factores externos: sociales y familiares. El adolescente, en el mejor de los casos resuelve su crisis de identidad y logra reintegrarse a la sociedad de una manera responsable y madura.

Sin embargo, cuando el sistema familiar no es lo suficientemente estable como para brindarle una seguridad que le ayude a resolver sus conflictos o cuando los padres no dan la importancia suficiente a la crisis del adolescente, utilizan medios represivos que generan en el joven resentimiento, obstaculizando o agravando la crisis de esta etapa. Aunado a esto, los factores externos lo convierten en un blanco fácil de influencias sociales, que pueden originar estados depresivos que ocasionan un serio problema que afecta de manera importante el estado afectivo del individuo. La adolescencia es un período, en el que el sujeto ya no es un niño al que los adultos le resuelven sus problemas pues como parte de su desarrollo, el adolescente busca apartarse del núcleo familiar e insertarse en la sociedad; pero tampoco es un adulto que tiene autonomía y libertad para tomar decisiones. Esta situación le genera más tensión que le dificulta resolver su crisis, así como también le genera agresión, que al no poder encausarla de una manera productiva a la sociedad, no encuentra una identificación con ésta; por lo tanto, esta agresión es reprimida hasta que llega el momento en que la tensión generada no es soportable para el individuo, por lo que la canaliza hacia el exterior con conductas antisociales o hacia sí mismo con conductas autoagresivas. Cuando esta última conducta, se convierte en la única manera de canalizar la agresión, el riesgo que representa es en última instancia: el suicidio. Tema de interés en esta investigación. Pues el objetivo primordial es medir a través de un instrumento válido y confiable las actitudes de los adolescentes con respecto al suicidio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Hasta este momento se ha analizado el suicidio, y la etapa de la adolescencia, así como la relación que tiene el suicidio en la adolescencia. Es importante ahora analizar las actitudes. Dentro del proceso de la adolescencia, al hacer una revaloración del concepto de sí mismo en búsqueda de una identidad adulta y madura, el individuo va adquiriendo nuevas creencias, relaciones, costumbres y su interacción con la sociedad se amplía y de esta manera va re-formando su carácter y su conducta que va a depender en gran medida de estas nuevas interacciones con su entorno, favorezcan o no la resolución de crisis del adolescente. Toda esta experiencia que el sujeto adolescente vive, es reflejada en sus actitudes. Allport (1955), afirma que *"actitud es la disposición a responder, organizada a través de la experiencia y que ejerce una influencia directiva y/o dinámica de la conducta"*. De esta forma, en el capítulo que continua, se revisan a fondo las actitudes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO III

### ACTITUDES

#### 3.1. DEFINICIÓN

Una actitud, según Fashbeen (citado en Reich, 1980) es un juicio evaluatorio y afectivo, en relación a un evento u objeto. En donde, para predecir algún comportamiento, es necesario determinar la actitud de un sujeto hacia una conducta particular, estableciendo que las creencias que posee un individuo acerca de un sujeto, determinan la actitud que tal sujeto tendrá respecto a algún evento, y que mientras más favorable sea una actitud, mayor será el acercamiento o conducta positiva del sujeto en relación a un evento u objeto.

Katz y Solian (citados en Lindgren, 1986), definen la actitud como "la tendencia o predisposición del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o un símbolo del mismo". Estos autores creen que las actitudes tienen componentes afectivos, cognoscitivos y propios de la conducta, es decir, que entrañan sentimientos y emociones; creencias y acciones. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Otras, están sumamente intelectualizadas al grado en que no pueden emplearse para predecir el curso que el individuo seguirá en una situación social. Las actitudes que se orientan a las acciones pueden entrañar un mínimo de sentimientos y de creencias, apareciendo cuando la necesidad es satisfecha en forma sencilla y directa.

Según Campbell (citado en Lindgren, 1986), las actitudes se caracterizan por la compatibilidad en respuestas a los objetos sociales, la cual facilita la formación de sistemas integrados de actitudes y valores, que se utilizan al determinar qué clase de acción se debe emprender al enfrentar cualquier situación. Tales sistemas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

permiten interpretar y evaluar los acontecimientos que ocurren alrededor y en el sujeto mismo ; si no se contase con esta fuente de indicios para guiar la interpretación que se hace de las cosas y de la acción misma, los acontecimientos parecería ambiguos y confusos.

Los sistemas de valores determinan el modo en que se van a percibir los estímulos ; aunque en realidad, es difícil y a menudo imposible distinguir el motivo para percibir en cierta forma.

También se puede considerar al sistema de actitudes y valores como un estilo perceptivo aprendido, del que se llega a desprender el individuo para captar la "realidad". La clase de estilo que el individuo aprende y la clase de realidad que percibe depende en gran parte de los modelos que toma del medio, las relaciones con los demás y su experiencia personal.

Cohen (citado en Reich, 1980), refiere que las actitudes siempre son vistas como precursoras de la conducta, determinantes de las conductas que el individuo en realidad exhibirá en las circunstancias rutinarias de su vida.

Cada actitud posee un componente afectivo, otro cognoscitivo y un tercero conativo. Esto significa que una actitud positiva o negativa contiene una disposición mental para sentir, pensar y comportarse de cierta manera. Por otro lado para Kretch, Crutchfield y Ballachey (1982), las actitudes son sistemas perdurables de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos y técnicas de acción a favor o en contra de objetos sociales.

Osgood, Suci y Tannenbaum (citados en Reich 1980), indican que "las actitudes son predisposiciones a responder, pero que se distinguen de otros estados de propensión en el sentido de que predisponen hacia una respuesta evaluativa". Por otra parte. Smith, Bruner y Write (en Reich, 1980) consideran que la actitud es una

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**predisposición a experimentar, ser motivado por y actuar hacia una categoría de objetos en una forma previsible.**

Allport en 1955, propone la definición de actitud como "un estado mental y neural de la disposición a responder, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directiva y/o dinámica de la conducta"

La investigación de las actitudes se realiza con la finalidad de lograr una determinación de las mismas. Se entiende como actitud "una organización duradera de creencias en general dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto" Rodríguez (1980).

Para la presente investigación se toma en cuenta la definición que plantea Rodríguez acerca de las actitudes. A continuación se plantean las funciones que tienen las actitudes.

### **3.2. FUNCIÓN DE LAS ACTITUDES**

Cada vez con mayor frecuencia, los psicólogos son requeridos por autoridades e instituciones políticas, educacionales, laborales, sanitarias, y en general por cualquiera de los segmentos que integran una sociedad organizada. Estos requerimientos toman las más diversas y amplias conformaciones, que la psicología social trabaja a niveles diagnósticos, de intervención o control y de evaluación (Salazar 1977).

Sin duda, la mayoría de estos requerimientos están referidos a lo que se conoce como "problemas sociales", lo cual parece impreciso y probablemente equívoco. Es por esta razón que nos inclinamos a sostener que este tipo de problemas se pueden caracterizar de la siguiente manera :

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) En general, se trata de acontecimientos que afectan no sólo a los protagonistas directos sino a grandes grupos de instancias sociales : con repercusiones morales y éticas por ejemplo.
- b) Lo anterior hace patente el hecho de que se presenten implicaciones políticas, económicas y culturales.
- c) Se trata de circunstancias para las cuales disponemos de una gran cantidad de explicaciones o, en otras palabras, son muchas las personas que pueden opinar acerca de ellas. El consumo de drogas, el control de la natalidad, la delincuencia y muchos otros "problemas sociales" poseen, en mayor o menor grado, las características que se han señalado, y evidentemente muchas otras que corresponden ya a sus particulares determinantes (Villegas, 1975).

La complejidad reside en que la psicología social ha pretendido desarrollar una estrategia que le permita respuestas amplias e integradoras. Es decir, la naturaleza de los problemas que constituyen el campo de nuestra ciencia ha forzado la aceptación, a veces con descuido de factores que servirían como mediadores entre los estímulos (E) y el comportamiento (C) o respuesta (R).

Es importante considerar que no sólo es posible concebir el comportamiento como el resultado de presiones o estímulos externos, sino también como mediatizado por la influencia de los productos del aprendizaje social como se entiende aquí a las creencias, las opiniones y las actitudes. Obsérvese que no son alternativas mutuamente excluyentes, (Salazar, 1977).

Con frecuencia, se puede leer la palabra actitud en publicaciones que van desde los periódicos y revistas hasta los informes científicos más o menos sofisticados. Aparte de la frecuencia con la que aparece en la comunicación verbal, lo que pudiera ser suficiente para alguien como razón para su estudio, las actitudes debieran tener especial importancia para la psicología social, ya que ha invertido tanto esfuerzo para su estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por cuanto a las funciones de las actitudes Villegas (1975) señala lo siguiente :

**a) La funcionalidad cognoscitiva:** Se ha sostenido que las actitudes podrían desempeñar un papel mediador entre E y R, entonces necesariamente forman parte de un sistema que "codifica", "selecciona" o "interpreta", tanto los E como las R. La formación de actitudes para el comportamiento de los humanos ha sido enfocada por algunos psicólogos sociales aludiendo a diversas funciones que cumplirán como coadyuvantes de la adaptación, y en ocasiones, sirviendo también para protección de cogniciones indeseables. De alguna manera, se ha sostenido que las actitudes constituirán unidades de una "visión totalitaria del mundo en que vivimos". Entonces, la funcionalidad cognoscitiva se refiere a los contenidos de conocimientos —errados o correctos— con los cuales enfrentamos la realidad social.

**b) Función utilitaria:** Se le ha dado también el nombre de adaptativa o instrumental, esta función utilitaria de las actitudes ha posibilitado la formulación de un análisis mediato-finalista, que señala que aquéllas nos disponen favorablemente hacia objetos y procedimientos instrumentales para el logro de nuestras metas. La instrumentalidad puede ser prospectiva o retrospectiva, puede depender de los refuerzos obtenidos en el pasado o de la percepción de la posibilidad de obtener las metas en el futuro.

La utilidad puede ser también, para el caso de una actitud, su valor de adaptación social Smith, Bruner, White, 1956 (citados en Salazar, 1977) más que su valor instrumental para la obtención de la meta. En muchas ocasiones, cuando se han impuesto modas en relación con objetos de actitud, las personas asumen esas actitudes pensando en la posibilidad de ser aceptados en ese medio más que en el objeto mismo. De acuerdo a Kelman (1953), en este caso, las actitudes se adoptan por identificación, esto es, la adopción se hace para ayudarse a mantener una relación a nivel de rol, recompensante con alguien significativo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**c) Función económica:** Esta función de las actitudes, consiste en proveer una guía práctica y simplificada de las conductas apropiadas frente a algunos objetos. Los estereotipos y las creencias que configuran nuestro mundo actitudinal cumplen esta función: son simplificaciones, con implicaciones unívocas respecto a la acción. Esta función fue aparentemente sugerida por Lipman (1964), cuando afirmaba que la opinión pública, como fenómeno social, era una simplificación económica acerca del mundo y una realidad muy compleja.

Se ha visto que los seres humanos buscan estructurar sus experiencias, y categorizarlas, de modo que esto les permita una economía cognoscitiva.

**d) Función expresiva:** Identificada también con el nombre de función autorreguladora. La función expresiva de las actitudes sería la autoasertividad esto es, que tomando o asumiendo actitudes hacia diversos aspectos de la realidad, las personas se crearían una identidad. Los hallazgos empíricos, producto de las investigaciones de la teoría de la disonancia cognoscitiva, han entregado suficiente evidencia para sostener que formamos nuestras actitudes con objeto de justificar nuestra conducta; que no nos comportamos debido a nuestras actitudes.

**e) Función defensiva:** Desde un punto de vista psicoanalítico, también se ha sostenido que nuestras actitudes se mantienen para ayudarnos a manejar lo que se llama "conflictos interiores", más que como respuestas a características de un objeto social hacia donde está dirigida la actitud (Adomo y Cols., 1965).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.3. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Se han identificado tres componentes de las actitudes : afectivo, cognitivo y conativo.

Los componentes de las actitudes pueden servir como criterio para clasificar las definiciones del concepto en términos del tipo y número que se incluyen en cada una de ellas (Baron, Byrne y Griffitt, 1974).

Las definiciones que incluyen un componente.- Se trata de definiciones que consideran las actitudes como la tendencia a evaluar un objeto en términos positivos o negativos. Entre los psicólogos sociales contemporáneos, Collins (1970) considera a una actitud como "un sentimiento de que un objeto actitudinal es bueno o malo, justo o injusto". Estamos ante un concepto de actitud basado en elementos afectivo-emocional-evaluativo, y en muchos casos las actitudes son concebidas como disposiciones para evaluar objetos favorable o desfavorablemente Insko y Schopeler, 1972 (citados en Villegas 1975).

Las definiciones que incorporan dos componentes.- El componente llamado afectivo-emocional-evaluativo es el más popular debido a que es difícil encontrar definiciones que lo excluyan. No obstante algunos autores definen la necesidad de incluir elementos que sirvan de apoyo o fundamento a la evaluación. Ampliando esta noción, se puede decir que para poder estar en condiciones acerca de evaluar un objeto, tenemos antes que disponer de alguna información sobre éste. Tal información recibe el nombre de componente cognoscitivo y se expresa en las creencias y conocimientos que un sujeto o grupo tiene acerca de un objeto. Entre otros Gerard y Jones (1967) pueden ser señalados en dicha tendencia.

Definiciones que incluyen tres componentes.- Los dos anteriores conjuntos de definiciones examinados incorporan elementos que no son estrictamente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

conductuales ya que, en el mejor de los casos, su expresión abierta puede ser solamente a nivel verbal.

Como uno de los objetivos de la psicología social debe ser intentar una relación entre los procesos mediadores y los estímulos (E) y las respuestas (R) o conductas (C), algunos autores incluyen junto a los componentes afectivos y cognitivos un componente conductual o de tendencia a la acción. La descripción se hace en los siguientes términos Zimbardo y Ebbensen, 1970 (citados en Villegas, 1975). El componente afectivo consiste en la evaluación de la respuesta emocional, el gustar o no de un objeto o persona, y el componente conductual es la conducta explícita dirigida hacia un objeto o persona.

Según Baron, Byrne y Griffitt, (1974) "Puede verse, a medida que pasamos a las definiciones de uno, dos y tres componentes, que progresivamente se van haciendo más suposiciones acerca de la naturaleza de las actitudes. Aunque todas las definiciones incluyen el componente afectivo, existe evidente desacuerdo en cuanto a si la conceptualización adecuada de las actitudes requiere de la inclusión del componente cognitivo (creencias, conocimientos) y/o del componente conductual".

No puede dejar de señalarse que pese a estos desacuerdos, la inmensa mayoría de los intentos de medición de actitudes sólo se enfocan hacia el componente afectivo, ya sea por su mayor accesibilidad, o por el particular interés o punto de vista de los investigadores.

Estas consideraciones probablemente expliquen parcialmente el desarrollo que han seguido las investigaciones sobre la relación existente entre actitud y comportamiento y, desde luego, el estado actual de la controversia, (Salazar, 1977).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, Man (1981), refiere que hay muchos tipos de actitud así como procesos psicológicos implicados en su expresión. Tradicionalmente se hace una distinción entre tres componente de las actitudes : el componente cognoscitivo, el componente afectivo y el componente comportamental.

El componente cognoscitivo de una actitud social consiste en las percepciones del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto. El término opinión se usa a menudo como sustituto de componente cognitivo de una actitud, especialmente cuando dicha opinión es de importancia con respecto a alguna cuestión o problema.

El componente afectivo se refiere a los sentimientos de la persona con respecto al objeto, el aspecto emocional de la actitud es a menudo el componente más profundamente enraizado y el más resistente al cambio.

El componente comportamental de las actitudes sociales consiste en las tendencias a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto.

### **3.4. MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES**

Antes que nada, lo primero que debe hacerse es la planeación de la escala que se pretende, mida las actitudes.

#### **3.4.1. Planeación de una Prueba.**

La elaboración de un instrumento exige que se tomen en cuenta detalladamente, los propósitos específicos. Las pruebas cumplen con muchas funciones diferentes y el proceso de elaboración varía de acuerdo con los propósitos particulares de la prueba. Por ejemplo, se siguen distintos procedimientos al elaborar una prueba de habilidades, de rendimiento, de

inteligencia, un instrumento de aptitudes especiales o un inventario de personalidad. Sin embargo, en teoría, la elaboración de cualquier escala de medición o instrumento psicométrico comienza con la definición de las variables o constructos que se deseen medir y el establecimiento del contenido propuesto. (Aiken,1996).

#### **3.4.1.1. Algunos Criterios para la Elaboración de Escalas de Actitud.**

Wang, 1932; Thurstone y Chave, 1929; Likert, 1932; Bird, 1940 y Edwards y Kilpatrick, 1948, (citados en Edwards, 1957) sugieren varios criterios informales para la redacción de ítems utilizados en la construcción de escalas de actitudes. Ellos hacen las siguientes sugerencias:

- Evitar ítems que hagan referencia al pasado.
- Evitar ítems que pudieran ser interpretados en más de una forma.
- Evitar ítems que sean irrelevantes para el objeto psicológico en consideración.
- Evitar ítems que pudieran ser apoyados por casi todo el mundo o por casi nadie.
- Seleccionar ítems que se crea cubran el rango entero de lo que la escala pretende medir.
- Mantener un lenguaje simple, claro y directo.
- Los ítems deben ser cortos, raramente exceder veinte palabras.
- Cada reactivo debe contener solo una idea completa.
- Palabras como *solamente*, *únicamente* y otras de naturaleza similar deben ser utilizadas con cuidado y moderación.
- Siempre que sea posible, los reactivos deben escribirse en forma simple, evitando formas compuestas u oraciones complejas.
- Evitar el uso de palabras complicadas o que puedan no entenderse.
- Evitar el uso de dobles negaciones en los reactivos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Además de estas sugerencias, Payne 1951, (citado en Edwards, 1957) ha provisto una lista de aspectos a considerar en la preparación de preguntas simples en encuestas para la opinión pública. Algunos de los items en su lista son también aplicables en las frases o reactivos de las escalas de actitud.

Para medir las actitudes se tienen tres tipos de escalas que son las siguientes :

**ESCALA DE LIKERT.**- La escala de Likert es un método para construir escala de actitudes y fue creada por Likert 1932, (citado en Man, 1981). Su propósito, como el de otros métodos escalares, es el de ubicar a un individuo en un punto determinado de un continuum que va de actitudes favorables a desfavorables. La naturaleza del continuum que representa los puntajes de las escalas Likert, no obstante, es muy diferente del constituido por los puntajes Thurstone. Una de las principales diferencias radica en el hecho de que los valores de las escalas Likert se ven influidos por el grado en que los sujetos estén en favor o en contra de las afirmaciones que detectan actitudes.

Por su confección, aplicación y por poseer un buen nivel de correlación con otras escalas y criterios de medición de las actitudes, la escala de Likert es una de las más utilizadas para medir las actitudes. La escala consiste en una serie de afirmaciones (por regla general entre 20 y 30) relativas a un objeto actitudinal (por ejemplo, legalización del divorcio, democracia, comunismo, psicología, etc.), de modo que la mitad de las mismas sean favorables al objeto actitudinal, y la otra mitad desfavorablemente al mismo.

La conveniencia de dividir el número de afirmaciones favorables y desfavorables en dos mitades, proviene de la necesidad de que sean evitadas ciertas inclinaciones individuales por ejemplo, la de concordar con mayor frecuencia que discordar. Cada afirmación precede a cinco alternativas: concuerdo plenamente, concuerdo en parte, no estoy seguro, discuerdo en parte y discuerdo plenamente. A cada una de estas alternativas se le otorgan valores numéricos del

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1 al 5, correspondiéndole al que elabora la escala determinar en qué sentido (positivo o negativo) serán distribuidos los valores más altos. Por ejemplo, si se construye una escala para medir la actitud en relación con la democracia, se pueden introducir los siguientes reactivos:

a) La democracia es la mejor forma de gobierno.

1. concuerdo plenamente.
2. concuerdo en parte.
3. no tengo opinión al respecto.
4. discuerdo en parte.
5. discuerdo plenamente.

b) Existen diversas formas de gobierno más eficaces que la democracia.

1. concuerdo plenamente.
2. concuerdo en parte.
3. no tengo opinión al respecto.
4. discuerdo en parte.
5. discuerdo plenamente.

Como el ítem a es favorable a la democracia y el ítem b es desfavorable, es menester decidir en qué sentido serán distribuidos los puntajes relativos a la actitud. Si se establece que en cuanto más alto es el puntaje obtenido más favorable será la persona en relación a la democracia, los reactivos de tipo a tendrán un valor de 5 en la alternativa "concuerdo plenamente" y un valor de 1 en la alternativa "discuerdo plenamente". Por otro lado, en el ítem b se mantendrían los valores correspondientes a las alternativas que figuran en el ejemplo anteriormente presentado. De tal manera, que todos los ítems favorables al objeto actitudinal, tendrían sus alternativas de respuesta con un valor de 5 para "concuerdo plenamente", de 4 para "concuerdo en parte", y así sucesivamente, hasta el valor de 1 para "discuerdo plenamente"; a su vez, los ítems desfavorables al objeto actitudinal que está siendo medido recibirían valores opuestos en sus

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

alternativas de respuesta. Tal como ocurre en la elaboración de los tests psicológicos, es necesario establecer empíricamente si la escala está midiendo lo que se pretende medir (validez) y si lo está haciendo en forma consistente (confiabilidad). Para determinar la validez de la escala de Likert, se pueden utilizar los métodos de validación concomitante o simultánea, así como el método de validación del contenido. Su fidelidad se determina por el método test-retest o a través del método de la división de dos mitades.

Con el objeto de eliminar la escala de los ítems mal contruidos, es conveniente hacer un análisis de ellos, dividiendo el grupo experimental de personas a las cuales se les aplicó la escala con fines de pretests en dos mitades: el grupo que obtuvo puntajes superiores a la mediana y el grupo que obtuvo resultados inferiores a este punto de la distribución de los puntajes. A continuación se calcula para cada ítem el valor de la prueba *t* de Student, a fin de establecer la significación de la diferencia entre las medianas obtenidas por los grupos en cada uno de los ítems de la escala. Serán retirados los que arrojen diferencias significativas en el estudio esperado, o sea, valores inferiores por parte del grupo inferior. En otras palabras, en este caso se toma el puntaje total como criterio para la validación de cada ítem.

Se calculan tantas *t* cuantos ítems tenga la escala, conservándose aquellos que presenten valores de *t* más significativos y en el sentido esperado. Una vez concluida esta operación, la escala estará lista para ser aplicada.

El puntaje actitudinal de un individuo en particular será igual a la suma de los puntos obtenidos, según las respuestas formuladas a los ítems de la escala, (Rodríguez, 1988).

La escala de Likert, presenta varias ventajas sobre el método de Thurstone de intervalos aparentemente iguales -Sellitz, Wrightman y Cook, 1976, (citado en Aiken, 1996). Ya que no requiere jueces expertos y sin prejuicios, la elaboración

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de una escala de Likert es más fácil que la elaboración de una escala de Thurstone. También, a diferencia de las escalas de Thurstone, las escalas de Likert permiten el uso de reactivos que no se relacionan en forma clara con la actitud que se evalúa siempre y cuando se correlacionen de manera significativa con las calificaciones totales. Por último, la escala de Likert es probable que tenga un coeficiente de confiabilidad más alto que la de Thurstone que consiste en la misma cantidad de reactivos. Sin embargo, al igual que las escalas de Thurstone, las escalas de Likert han sido objeto de críticas por el hecho de que distintos patrones de respuestas pueden producir la misma calificación y, en el mejor de los casos, las calificaciones representan una medida ordinal. (Aiken, 1996).

**ESCALA DE INTERVALOS IGUALES DE THURSTONE.-** Thurstone y Chave (1929) Propusieron una escala de medida de las actitudes de bastante valor, pero que ha sido menos utilizada que la de Likert, probablemente debido a las dificultades que presenta su construcción.

Una escala de intervalos iguales para la medición de las actitudes se construye de la siguiente manera: al igual que en la escala de Likert, diversos ítems favorables y desfavorables al objeto de juicio son preparados por el que construye la escala; sin embargo, en la escala de Thurstone es necesario tomar en consideración el grado de favorabilidad o desfavorabilidad de las afirmaciones buscando construir ítems que ocupen el continuo favorabilidad-desfavorabilidad en relación al objeto de juicio.

**ESCALA DE GUTTMAN.-** Guttman (1946), propuso una escala de medida de las actitudes que presenta la característica de ser unidimensional. Se dice que una escala es unidimensional cuando una persona por ella considera la actitud más favorable que otra en un conjunto de afirmaciones referentes a un determinado objeto, es tan o más favorable que esta última en cada una de las afirmaciones que integran el conjunto constitutivo de dicha escala.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el presente trabajo se utilizó la escala de Likert en el instrumento que consta de un cuestionario para medir las actitudes ante el suicido.

A continuación se habla del enfoque funcionalista de las actitudes.

### **3.5. ENFOQUE FUNCIONALISTA HACIA LAS ACTITUDES**

El estudio de las actitudes está a cargo de diferentes teorías que dan una explicación particular sobre la formación de estas.

Uno de los enfoques más importantes es el funcionalista. De acuerdo a este enfoque las actitudes se forman con el objeto de atender a determinadas funciones, las cuales son vistas desde una perspectiva pragmática, de utilidad para el ajuste de la personalidad frente al mundo exterior. La noción de personalidad individual incluye una serie de opiniones (actitudes) y el contexto en que éstas se forman resulta importante para la determinación del papel que las mismas serán llamadas a desempeñar. El aspecto más importante consiste en una interrelación personalidad-actitudes. Además resalta la presencia de lo que este enfoque llama función de ajuste social que es cumplida por las actitudes y desempeña el papel de permitir la facilitación, la conclusión y la conservación más o menos armoniosa de nuestras relaciones con otras personas. (Rodríguez, 1988).

Moscovici (1981), refiere que el modelo actualmente más aceptado, enseñado y popularizado por los manuales es el modelo funcionalista. La mayoría de los psicólogos, cualquiera que sea su orientación —gestalista, conductista o psicoanalítica— se adhieren a este modelo. Son bien conocidas sus notas distintivas. De una parte los sistemas sociales formales o informales, y de otra el medio ambiente, se consideran como datos predeterminantes para el individuo o para el grupo y proporcionan a cada uno, previamente a la interacción social, un papel, un status y unos recursos psicológicos. El comportamiento del individuo o

del grupo tiene por función asegurar su inserción en el sistema o en el ambiente social. En consecuencia, puesto que las condiciones a las que debe adaptarse el individuo o el grupo están dadas, la realidad se describe como algo uniforme y las normas se aplican a todos por igual. Entonces el modelo funcionalista considera a la realidad social como dada, la dependencia de los individuos respecto al grupo y su reacción frente a éste; estudia los fenómenos desde el punto de vista del equilibrio ya que los individuos y grupos tratan de adaptarse.

### **3.6. INTERÉS DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN EL ESTUDIO DE LAS ACTITUDES**

El interés de la psicología social en el estudio de las actitudes, se realiza con base en la función que tienen las actitudes, las cuales son: función cognoscitiva, utilitaria, económica, expresiva, defensiva, estas funciones sirven de evidencia para sostener que formamos nuestras actitudes con objeto de justificar nuestra conducta; no que nos comportemos debido a nuestras actitudes. El procedimiento para el cambio de actitud debe realizarse con base en las normas establecidas según el medio ambiente en que se desenvuelva el individuo de una manera asertiva.

El interés de la psicología social también toma en cuenta las diversas situaciones de influencia o interacción así como la percepción social. Estos temas tan importantes los estudia la psicología social; cómo la conducta de un sujeto afecta el comportamiento de otro; o también, cómo uno influye en el otro. Lo mismo puede suceder entre grupos o entre individuos y grupos. La psicología social ha sostenido que las relaciones de amistad y conflicto pueden ser mejor estudiadas si se toman en cuenta las actitudes de los interactuantes, llámense personas, grupos, instituciones, y aun pueblos o naciones enteras. El desarrollo de los estudios sobre la percepción social es un buen antecedente para esta afirmación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se ha sostenido que desde los inicios de la psicología social las actitudes constituyeron un tema central. Los primeros autores esbozaron tímidamente una serie de formulaciones que ligaron este término con conductas tales como el resultado de discusiones verbales, el rendimiento ante pruebas sobre el tiempo de reacción, la expresión de emociones, el comportamiento frente a grupos minoritarios, etc. Posteriormente el optimismo acerca de la capacidad predictora del comportamiento a partir de las actitudes fue incrementándose hasta el extremo que algunos psicólogos creen que la psicología social es el estudio de las actitudes, Thomas y Znaniecki, 1927; Folsom 1931, (citados en Bogardus, 1931).

En las primeras décadas de este siglo, la psicología comenzó a ser reconocida como una ciencia capaz de usar paradigmas y estrategias experimentales, que con apoyo de una metodología científica, podía justificar una serie de afirmaciones que hasta ese instante no pasaban de ser brillantes especulaciones. La psicología social, aprovechó este momento de aceptación para hacerse reconocer como una disciplina que estaba en las ideas de moda. Se desarrolló una fuerte corriente que empezó a hacer investigaciones de laboratorio utilizando sujetos humanos que respondían a cuestiones formuladas, la mayoría de las veces, de manera verbal. La cuantificación de las respuestas verbales dio origen a las escalas de actitud, consideradas como mediciones objetivas de una predicción subyacente para la acción. Con mucha visión, los psicólogos sociales se interesaron en demostrar la influencia de las actitudes en algunos problemas sociales relevantes para la sociedad en la que vivían; el prejuicio contra grupos minoritarios, negros y judíos; el rendimiento frente al trabajo en las grandes fábricas que se iniciaban; la conformación de una identidad nacional que permitiera enfrentar amenazas externas y, desde luego, las primeras campañas de opinión pública que buscaban apoyo para tal o cual medida de los partidos políticos. No tardó en producirse el interés en las grandes campañas de publicidad y todos sus derivados. (Salazar, 1990).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Al situarnos en este contexto, se puede decir que aún faltan elementos para explicar la popularidad de los estudios sobre las actitudes, sin embargo, se puede suponer que se cuenta con elementos que sirven de ayuda para este estudio.

Finalmente, las expectativas de que a partir de la detección de actitudes fuese posible la predicción de la conducta, se han generado teorías sobre el cambio de actitudes y los procedimientos metodológicos para su medición.

La psicología, como ciencia que estudia la conducta humana, no ha llegado aún a la elaboración de un cuerpo teórico coherente y sólido, que permita, como sucede en disciplinas tales como la biología y la farmacología, derivar proposiciones que con un estrecho margen de duda predigan el comportamiento de los fenómenos. Esto, por supuesto, es aspiración de toda ciencia y hacia esa dirección, según algunos psicólogos, debe trabajar la psicología, no obstante lo controvertido y complejo de su objeto de estudio.

El mejor testimonio que demuestra la debilidad del conocimiento psicológico proviene de quienes hacen psicología aplicada. Ellos, mejor que nadie, viven las dudas e incomodidades que genera la revisión de las diversas explicaciones que han producido los psicólogos cuando acuden a ellas para encontrar soluciones a los problemas que enfrentan en su práctica profesional. Este es el caso por ejemplo, de los psicólogos clínicos, quienes aun al nivel del individuo, suponiendo que los problemas grupales son mucho más complejos, no gozan de la comodidad intelectual que resultaría de aplicar, con el 90% de éxito, tratamientos psicológicos basados en las decenas de conclusiones que la psicología ha producido sobre los trastornos de la conducta. Un segundo ejemplo se presenta en el campo de la psicología aplicada a los problemas del tránsito o la psicología vial, nombre que algunos investigadores han propuesto para esta nueva rama de la psicología: hay una fuerte sospecha de que variables de personalidad como extroversión-introversión, actitudes y aptitudes, están estrechamente relacionadas con los accidentes de trabajo; sin embargo, cuando se revisa el conocimiento existente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sobre dichos factores, se percibe que no se pueden aplicar directamente al control de los accidentes de tránsito; ese conocimiento se toma como hipótesis que debe ser investigada dentro del contexto de ese otro tipo de accidentes, es decir, hay que investigar la relevancia de la fluidez de atención del extrovertido para conducir un vehículo o para cruzar una vía; hay que investigar si las actitudes están altamente relacionadas con los accidentes viales, hacia qué objetos del ambiente vial aparecen las actitudes más significativas, de qué modo deben medirse para obtener confiabilidad y validez. El mismo razonamiento es aplicable a las aptitudes, no basta con saber, que en todo trabajo que implique coordinación oculomotora, rapidez, control de dispositivos mecánicos, es necesario poseer un tiempo de reacción corto; en el tránsito lo importante podría ser no tanto la longitud del tiempo de reacción como el grado de variabilidad del mismo, (Salazar, 1990).

Los ejemplos antes expuestos, llevan a pensar que a diferencia de otras disciplinas científicas, donde el rol de profesional y el rol de investigador están más claramente definidos, en psicología, el psicólogo desempeña, al mismo tiempo, el doble rol de profesional-investigador (investigador en el sentido amplio del término), es decir, aplica conocimientos para resolver problemas que la práctica profesional le presenta pero, a su vez, debe corroborar la validez del conocimiento aplicado. Con base en esto, se observa que existe una amplia gama de problemas de tipo social, de salud, y de actitud. Por eso la importancia fundamental del interés de la psicología social en el estudio de las actitudes, en la presente investigación, se conocerán las diferencias actitudinales respecto al suicidio entre dos grupos de adolescentes, que varían en sus edades, ya que un grupo es de adolescentes de 11 a 14 años y el otro grupo de 17 a 20 años de edad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPÍTULO IV

## METODOLOGÍA

### 4.1. OBJETIVOS

#### 4.1.1. Objetivos Generales:

- Obtener la validez de un instrumento que permita observar y analizar las actitudes ante el suicidio en población adolescente mexicana.
- Obtener la confiabilidad de un instrumento que permita observar y analizar las actitudes ante el suicidio en población adolescente mexicana.
- Conocer las diferencias actitudinales ante el suicidio entre dos grupos de población adolescente mexicana, mediante la aplicación de un instrumento válido y confiable.

#### 4.1.2. Objetivos Específicos:

- Obtener la validez de un instrumento que permita observar y analizar las actitudes ante el suicidio, en población mexicana adolescente en dos grupos de edades: de 11 a 14 años y de 17 a 20 años de edad con una escolaridad mínima de nivel primaria que se encuentren estudiando secundaria o preparatoria, dependiendo de su edad.
- Obtener la confiabilidad de un instrumento que permita observar y analizar las actitudes ante el suicidio, en población mexicana adolescente en dos grupos de edades: de 11 a 14 años y de 17 a 20 años de edad con una escolaridad mínima de nivel primaria que se encuentren estudiando secundaria o preparatoria, dependiendo de su edad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Evaluar las actitudes hacia el suicidio de población mexicana adolescente de edades de 11 a 14 años con una escolaridad mínima de nivel primaria que se encuentren estudiando secundaria.
- Evaluar las actitudes hacia el suicidio de población mexicana adolescente de edades de 17 a 20 años ante el suicidio con una escolaridad mínima de nivel primaria que se encuentren estudiando preparatoria.
- Conocer las diferencias actitudinales hacia el suicidio entre dos grupos de edad de población mexicana adolescente: un grupo de 11 a 14 años y otro grupo de 17 a 20 años de edad con una escolaridad mínima de nivel primaria que se encuentren estudiando secundaria o preparatoria, dependiendo de su edad.

## 4.2. VARIABLES

Variable independiente: Edad de los sujetos.

Variable dependiente: La actitud favorable o desfavorable ante el suicidio.

### 4.2.1. Definición de Variables.

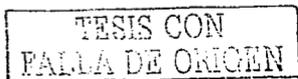
Variable independiente:

Edad: Se considera la edad cronológica de los sujetos.

Variable dependiente:

En esta investigación se entiende por actitud: "una organización duradera de creencias en general dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto" Rodríguez (1980).

Mientras mayor puntaje se obtiene, es indicativo de una actitud más favorable o positiva ante el suicidio; mientras menor puntaje se obtiene,



indica una actitud menos favorable o negativa ante el suicidio. El puntaje mínimo de este instrumento es 29 y el máximo de 145.

### **4.3. HIPÓTESIS**

#### **4.3.1. Hipótesis de Trabajo:**

Hi: Si existe mayor índice de suicidio e intentos de suicidio en adolescentes de 17 a 20 años, entonces habrá una actitud más favorable en este grupo de edad con respecto a la actitud del grupo de 11 a 14 años de edad.

Ho: Los sujetos adolescentes de 17 a 20 años no presentan una actitud más favorable ante el suicidio con respecto a la actitud del grupo de 11 a 14 años de edad.

### **4.4. SUJETOS**

#### **4.4.1. Población:**

La población de esta investigación son los sujetos adolescentes, de ambos sexos, con un rango de edades entre 11 a 14 años, y 17 a 20 años de edad de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Con un mínimo de estudios concluidos de nivel primaria que se encuentren cursando la secundaria o la preparatoria, dependiendo de su edad.

#### **4.4.2. Muestra:**

En esta investigación se toma una muestra no probabilística en la que participan 600 sujetos adolescentes de ambos sexos, distribuidos en dos grupos de edades: 300 adolescentes de 11 a 14 años; y 300 de 17 a 20 años. Los sujetos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

integrantes de ambas poblaciones poseen una escolaridad mínima de primaria que se encuentren cursando la secundaria o la preparatoria dependiendo de su edad. Los sujetos integrantes de esta investigación son extraídos de la población por la facilidad otorgada al investigador para el acceso a esta muestra. Para este estudio no se tomó en cuenta el nivel socioeconómico.

#### **4.5. TIPO DE ESTUDIO**

Se realiza un estudio comparativo de tipo transversal, en el que se obtienen los resultados en ese momento, sin tomar en cuenta la evolución de la actitud. Es también un estudio de campo pues se realiza en las secundarias de los sujetos y en las preparatorias con el objetivo de conocer las diferencias actitudinales respecto al suicidio, entre el grupo de sujetos de 11 a 14 años y el grupo de 17 a 20 años.

#### **4.6. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

##### **4.6.1. Elaboración del Instrumento**

Con la finalidad de conocer la actitud ante el suicidio en población de 18 a 20 años de edad, se elabora en los meses de febrero a abril de 1998 un instrumento con los criterios de la escala de Likert. Los reactivos son elaborados por las investigadoras de dicho estudio, bajo la supervisión de un experto en la materia.

Una vez formulados los reactivos, se realiza la Validez de Contenido en el que el instrumento es sometido al veredicto de 5 jueces distintos, profesionales en la materia, para que ellos evalúen dos aspectos: la relación de la pregunta con lo que se trataba de medir, que eran las actitudes respecto al suicidio y la redacción de cada pregunta. Todos los reactivos son aceptados en cuanto a su relación con el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tema, sin embargo se realizan ciertas modificaciones en la redacción de las afirmaciones, con la finalidad de que éstas fueran lo más claras posibles.

Por sugerencia de los jueces se aumenta un último reactivo, que en realidad es una pregunta: ¿alguna vez has intentado suicidarte?. Esta sugerencia es con el propósito de analizar los resultados de este ítem con el puntaje total de la prueba, ya que se enriquecen los resultados al observar la relación de intentos de suicidio con la actitud ante éste. Así finalmente quedó conformado el instrumento con 50 afirmaciones y 1 pregunta. (Ver anexo 1).

Una vez elaborado el instrumento de medición, se procede al estudio piloto. El estudio piloto del instrumento se le aplica a 100 sujetos hombres y mujeres con edades de entre 18 y 20 años, para determinar si el instrumento es válido (que la prueba mida aquello para lo que fue diseñada) y confiable (que aquello que mide, lo haga de forma consistente).

#### **4.6.2. Validez y Confiabilidad del Instrumento.**

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, se realiza lo siguiente:

- a) Validez de contenido: Esta se realiza con la evaluación y aprobación, bajo el asesoramiento de personas expertas en el área de estadística y psicología social, las cuales fungieron como jueces para revisar el contenido de cada uno de los reactivos en las diferentes situaciones de la prueba de suicidio.
- b) Confiabilidad: Para obtener la confiabilidad de la escala, se realizó a través del análisis Alpha de Cronbach. En este método estadístico se obtuvo  $\alpha = 0.70$  lo que significa que es altamente confiable.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En lo que respecta al realizar el análisis de los reactivos, correlacionando los puntajes totales con el puntaje de cada reactivo, se observa que de los 51 reactivos que conforman el instrumento, resultaron ser significativos 28. Por lo que se conservan los 28 reactivos de la escala de Likert, más la pregunta sugerida por los jueces. Obteniendo así un instrumento de 29 reactivos que es utilizado en la presente investigación. (Ver anexo 2).

#### **4.6.3. El Instrumento en la Presente Investigación.**

El instrumento actual consta de un cuestionario de 29 reactivos en los que los sujetos seleccionan su respuesta con base en la escala de Likert, denotando si poseen una actitud favorable o desfavorable. (Ver anexo 2).

##### **4.6.3.1. El Estudio Piloto**

En esta investigación, los sujetos adolescentes, son de edades distintas a la población con la que se utiliza previamente el instrumento, por lo que es necesario llevar a cabo un estudio piloto con sujetos que posean las mismas características de la población en esta investigación. El estudio piloto se aplica a una muestra de 25 sujetos de 11 a 14 años y 25 sujetos de 17 a 20 años, con una escolaridad mínima de primaria que se encuentren cursando la secundaria o la preparatoria dependiendo de su edad.

Se utiliza el Sistema Estadístico de Psicología Social (SPSS), mediante el cual se realiza el Análisis Factorial de Varianza (ANOVA) del instrumento, con los resultados obtenidos del estudio piloto. La validez se evalúa estimando el poder de discriminación de los reactivos de los puntajes totales de cada reactivo. El análisis de varianza reveló que todos los reactivos discriminaron significativamente ( $p=0.5$ ). (Ver Tabla 1).

Para obtener la confiabilidad se realiza a través del Análisis Alpha de Cronbach. En este método estadístico se obtiene  $\alpha = 0.7124$ , lo que significa que es un alto nivel de estabilidad y de consistencia interna. (Ver Tabla 2).

Una vez realizado el estudio piloto con sujetos que cumplen con los criterios de esta población, se procede a aplicar el instrumento a los 600 sujetos integrantes de esta investigación.

#### **4.6.4. Puntajes del Instrumento.**

El procedimiento para determinar el puntaje de los reactivos se realiza mediante la utilización de una clave en la que a cada respuesta se le otorga una puntuación determinada en base a lo que la pregunta dice, de este modo se puede determinar la puntuación de cada prueba contestada. La clave es la siguiente:

Los reactivos: 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 24, 26 y 29 se evalúan del 1 al 5:

1. Totalmente desacuerdo.
2. Desacuerdo.
3. Sin opinión.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Los reactivos 1, 2, 3, 8, 10, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27 y 28 se evalúan del 5 al 1:

5. Totalmente desacuerdo.
4. Desacuerdo.
3. Sin opinión.
2. De acuerdo.
1. Totalmente de acuerdo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Mientras mayor puntaje se obtiene, es indicativo de una actitud más favorable o positiva ante el suicidio; mientras menor puntaje se obtiene, indica una actitud menos favorable o negativa ante el suicidio. El puntaje mínimo de este instrumento es 29 y el máximo de 145.

#### 4.7. DISEÑO ESTADÍSTICO

El tipo de diseño estadístico para esta investigación se realiza mediante la "*t-student*" ya que dicho análisis es recomendable para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Para los fines de comparación estadística entre su actitud ante el suicidio y el número de intentos de suicidio de cada grupo, se utiliza el diseño de "Correlación de Pearson", ya que esta prueba estadística permite analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón.

#### 4.8. PROCEDIMIENTO

La investigación inicia con la búsqueda de instituciones educativas que contaran con población suficiente que cumpliera con las características necesarias para los fines de la presente. Estas características constan de la edad de los sujetos y de su nivel de escolaridad.

Una vez elegidas las instituciones, se establecen los contactos con los directores respectivos a cada institución, con el fin de solicitar la autorización pertinente para llevar a cabo la aplicación del presente cuestionario. En el primer grupo de edad (11-14 años) se realiza el estudio en una Secundaria Diurna. Para el segundo grupo de edad, la investigación se realiza en dos instituciones de nivel preparatoria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Posteriormente, para tener acceso a la muestra se les solicita a cada maestro titular del grado, su cooperación para que faciliten la aplicación, misma que se realiza en los salones de clase asignados, con el fin de evitar cambios e influencias de otras condiciones ambientales que pudieran afectar los resultados de la investigación.

Para el primer grupo de edad (11-14 años), la aplicación se lleva a cabo en tres días consecutivos, en el horario matutino de clases y de forma colectiva en cada uno de los 15 grupos que representan los grados escolares de la muestra para este grupo de edad. Se realizan 5 aplicaciones por día. Para el segundo grupo de edad (17-20 años), la aplicación se lleva a cabo en cinco días consecutivos en el horario vespertino de clases y de forma colectiva. Los dos primeros días se aplica en una de las dos instituciones y los tres siguientes días en la otra institución. La duración aproximada es de 30 minutos por aplicación.

Para la aplicación del cuestionario, se les proporciona en su grupo de clases a cada estudiante del aula un cuestionario y un lápiz para que contestaran dicho instrumento de manera individual. Una vez hecho esto se procede a dar las instrucciones previas al llenado del cuestionario: Se les dice "tienen en sus manos un cuestionario para que lo contesten de manera individual. El propósito de este cuestionario, es conocer su opinión acerca del suicidio. Se les pide contestar de la manera más sincera posible, teniendo en cuenta que la información obtenida es totalmente confidencial y para fines estadísticos. Se agradece su valiosa participación. Ahora vamos a leer las instrucciones del cuestionario". Una vez dadas estas instrucciones, el investigador pide que escriban en los espacios disponibles del cuestionario su edad y sexo correspondiente, en seguida procede a leer en voz alta las instrucciones de los cuestionarios "Lee con todo cuidado las oraciones y posteriormente escribe en el paréntesis al final de cada oración, la letra que corresponda a tu opinión en base a la siguiente clave: a) totalmente en desacuerdo, b) en desacuerdo, c) sin opinión, d) de acuerdo y e) totalmente de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

acuerdo." Seguido de esto, el investigador también lee en voz alta el ejemplo del cuestionario, pregunta al grupo si hay alguna duda en la forma que tienen que contestar el cuestionario. Finalmente se procede al llenado individual del cuestionario.

En el grupo de edad de 11 a 14 años se aplican 316 encuestas, de las cuales son desechadas 9 por no haber sido respondidas en su totalidad, y 7 quedaron automáticamente invalidadas cuando el sujeto contestaba en su mayor parte respuestas "c" (sin opinión), dando un total de 300 encuestas válidas. En el grupo de 17 a 20 años se aplican 322, de las cuales son invalidadas 10 pues la mayoría de las respuestas son "c" y 12 son desechadas por no haberse respondido totalmente, dando un total de 300 pruebas válidas.

Posteriormente se procede a vaciar los datos obtenidos en un registro acumulativo del programa estadístico SPSS y a realizar el análisis estadístico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Esta fase consiste en el análisis estadístico, para lo cual es necesaria la captura de las 29 respuestas de cada uno de los 600 sujetos, con el fin de obtener mediante la "t-student", las medias y las desviaciones estándar de cada uno de los sujetos integrantes de cada grupo.

En cuanto a las comparaciones de actitud por grupo, se obtiene una media de 72.7100 en el primer grupo de edad, contra una media de 76.3300 para el segundo grupo de edad con una desviación estándar de 8.83 y 8.89 respectivamente. (Ver Tabla 3).

La Tabla 4 muestra que esta diferencia de medias es significativa, puesto que se toma el valor absoluto de "t", cuando éste es menor a -3 o mayor a +3, es decir cuando el valor de "t" sobrepasa las proporciones de la distribución normal de la curva, en otras palabras cuando  $p < 0.05$ . En la Tabla 4 se muestra que el valor de  $t=5.021$ , lo cual es indicador de que el grupo de 17 a 20 años presenta una actitud más positiva estadísticamente significativa con respecto al grupo de 11 a 14 años de edad. Por lo tanto la hipótesis de esta investigación se comprueba, con un grado de confiabilidad del 95%, en donde el nivel de significancia es de 0.05 ( $s = 0.05$ ), y en donde  $p < 0.05$ .

Respecto a los intentos de suicidio, se obtiene una media de .1067 para el primer grupo con una desviación estándar de .7419, y para el segundo grupo una media de .2367 con una desviación estándar de .7080. (Ver Tabla 5).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La Tabla 6 muestra que esta diferencia de medias no es estadísticamente significativa, puesto que el valor de  $t=2.194$ , donde  $s = 0.05$ , lo cual indica que las diferencias en cuanto al intento de suicidios en ambos grupos, resulta ser mayor en el grupo de 17 a 20 años, sin embargo estadísticamente esta diferencia no es significativa, por lo tanto,  $p>0.05$ .

Referente a los reactivos se obtiene que los reactivos: 1, 6, 8, 9, 10, 13, 19, 22, 27 y 29. que de acuerdo al análisis estadístico resultan ser significativos en este estudio, en donde el valor absoluto de "t", indica que estos ítems son significativos. (Ver Tabla 7 y 8). En la Tabla 7, se muestra la comparación de medias y de desviación estándar, mientras que en la Tabla 8, se observan los valores de "t", con un grado de confiabilidad del 95%;  $s = 0.05$ .

En cuanto a la relación de las actitudes hacia el suicidio con los intentos de suicidio, se obtiene mediante la prueba de Correlación de Pearson, los resultados en las Tablas 9, 10 y 11. Estos datos indican que no hay una relación directa entre el número de intentos de suicidio con la actitud ante el suicidio. En el primer grupo (Tabla 10), se obtiene que el coeficiente  $r = 0.051$  con una significancia de  $s = 0.376$ ; y en el segundo grupo (Tabla 11) se obtiene que  $r = 0.066$ , con una significancia  $s = 0.252$ . Es decir, no necesariamente al haber intentos de suicidio, significa una actitud más favorable ante este, ni viceversa, al no haber intentos de suicidio, no significa una actitud más desfavorable ante el suicidio.

A continuación se presentan a través de Tablas los resultados de la validación del instrumento y el análisis estadístico de las comparaciones y correlaciones obtenidas en esta investigación. Posteriormente se presenta mediante Figuras las comparaciones gráficas entre ambos grupos de sus actitudes, intentos de suicidio y de los ítems significativos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 1. ANÁLISIS FACTORIAL DE VARIANZA**

No. ITEM	Valor Inicial	Proporción
Uno	1.000	.584
Dos	1.000	.576
Tres	1.000	.535
Cuatro	1.000	.568
Cinco	1.000	.505
Seis	1.000	.504
Siete	1.000	.564
Ocho	1.000	.600
Nueve	1.000	.563
Diez	1.000	.629
Once	1.000	.573
Doce	1.000	.559
Trece	1.000	.632
Catorce	1.000	.583
Quince	1.000	.637
Dieciseis	1.000	.585
Diecisiete	1.000	.568
Dieciocho	1.000	.559
Diecinueve	1.000	.517
Veinte	1.000	.577
Veintiuno	1.000	.534
Veintidos	1.000	.527
Veintitres	1.000	.577
Veinticuatro	1.000	.509
Veinticinco	1.000	.572
Veintiseis	1.000	.611
Veintisiete	1.000	.596
Veintiocho	1.000	.561
Intentos	1.000	.503

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 2. CORRELACIONES Y ALFA DE LA ESCALA**

<b>No. ITEM</b>	<b>CORRELACIÓN TOTAL/ITEM ITEM</b>	<b>ALPHA DE CRONBACH</b>
UNO	.2433	.6673
DOS	.2677	.7671
TRES	.1723	.7842
CUATRO	.1942	.7791
CINCO	.1822	.7813
SEIS	.1396	.6904
SIETE	.4451	.6091
OCHO	.4164	.7201
NUEVE	-.2023	.6542
DIEZ	.3694	.6038
ONCE	.1047	.7973
DOCE	.1297	.7923
TRECE	-.1263	.5929
CATORCE	.4999	.6982
QUINCE	.3286	.6116
DIESEIS	.2272	.7189
DIESIETE	.1260	.6396
DIEOCHO	.2139	.6752
DIENUEVE	.2448	.7693
VEINTE	.0668	.7445
VEIUNO	.1440	.7479
VEIDOS	.2262	.7749
VEITRES	.1772	.7825
VEICUATR	.0589	.7575
VEICINCO	.0520	.7568
VEISEIS	.3285	.7238
VEISIETE	.3133	.5968
VEIOCHO	.4249	.7752
INTENTOS	.0549	.6501

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 3. T-STUDENT. COMPARACIÓN DE MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR ENTRE AMBOS GRUPOS RESPECTO A LAS ACTITUDES.**

**T-Student  
Grupos Estadísticos**

	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Actitud</b>	11-14	300	72.7100	8.8389
	17-20	300	76.3300	8.8197

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 4. T-STUDENT. COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS RESPECTO A LA ACTITUD.**

T-Test  
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ACTITUD	Equal variances assumed	.515	.473	5.021	598	.000	-3.0300	.7079	-4.4202	-1.6398
	Equal variances not assumed			5.021	595.842	.000	-3.0300	.7079	-4.4202	-1.6398

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

**TABLA 5. T-STUDENT, COMPARACIÓN DE MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR ENTRE AMBOS GRUPOS RESPECTO A LOS INTENTOS DE SUICIDIO.**

**T-Student  
Grupos Estadísticos**

	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Intentos</b>	11-14	300	.1076	.7419
	17-20	300	.2367	.7080

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 6. T-STUDENT. COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS RESPECTO A INTENTOS DE SUICIDIO.**

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
INTENTOS	Equal variances assumed	15.914	.000	2.194	598	.029	-.1300	5.924E-02	-.2463	-1.3658E-02
	Equal variances not assumed			2.194	596.753	.029	-.1300	5.924E-02	-.2463	-1.3657E-02

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TABLA 7. T-STUDENT. COMPARACIÓN DE MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR ENTRE AMBOS GRUPOS RESPECTO A CADA REACTIVO**

<b>Group Statistics</b>					
	<b>Sujetos</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>Std. Error Mean</b>
<b>uno</b>	11-14	300	1.8667	1.3815	7.976E-02
	17-20	300	2.3500	1.4541	8.396E-02
<b>dos</b>	11-14	300	2.2800	1.1428	6.598E-02
	17-20	300	2.4733	1.3299	7.678E-02
<b>tres</b>	11-14	300	2.3167	1.2280	7.090E-02
	17-20	300	2.5800	1.3650	7.881E-02
<b>cuatro</b>	11-14	300	2.5100	1.3376	7.723E-02
	17-20	300	2.5100	1.3795	7.964E-02
<b>cinco</b>	11-14	300	2.3467	1.3413	7.744E-02
	17-20	300	2.3600	1.4273	8.241E-02
<b>seis</b>	11-14	300	1.8400	1.1969	6.910E-02
	17-20	300	2.3433	1.3730	7.927E-02
<b>siete</b>	11-14	300	3.0667	1.3372	7.720E-02
	17-20	300	3.0367	1.4453	8.345E-02
<b>ocho</b>	11-14	300	2.4700	1.1918	6.881E-02
	17-20	300	2.9200	1.4190	8.193E-02
<b>nueve</b>	11-14	300	3.7967	1.2249	7.072E-02
	17-20	300	3.3967	1.4140	8.164E-02
<b>diez</b>	11-14	300	2.3800	1.2413	7.166E-02
	17-20	300	2.7467	1.3523	7.807E-02
<b>once</b>	11-14	300	2.9600	1.0935	6.313E-02
	17-20	300	2.9533	1.3255	7.653E-02
<b>doce</b>	11-14	300	2.6833	1.2682	7.322E-02
	17-20	300	2.6533	1.3831	7.985E-02

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

Cont. Tabla 7	Sujetos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
trece	11-14	300	2.2000	1.2020	6.940E-02
	17-20	300	2.7767	1.3783	7.958E-02
catorce	11-14	300	2.7400	1.1090	6.403E-02
	17-20	300	2.8667	1.2758	7.366E-02
quince	11-14	300	2.7067	1.3037	7.527E-02
	17-20	300	2.7533	1.3386	7.728E-02
dieciseis	11-14	300	2.1967	1.0654	6.151E-02
	17-20	300	2.2167	1.2088	6.979E-02
dieciete	11-14	300	3.2867	1.2819	7.401E-02
	17-20	300	2.9933	1.3187	7.614E-02
diechocho	11-14	300	2.6767	1.3778	7.955E-02
	17-20	300	2.4667	1.3171	7.604E-02
dienuve	11-14	300	1.9767	1.2602	7.276E-02
	17-20	300	2.5033	1.3550	7.823E-02
veinte	11-14	300	2.7800	1.3307	7.683E-02
	17-20	300	2.5700	1.3728	7.926E-02
veiuo	11-14	300	2.6233	1.1544	6.665E-02
	17-20	300	2.6633	1.2788	7.383E-02
veidos	11-14	300	2.1367	1.0902	6.294E-02
	17-20	300	2.6433	1.3349	7.707E-02
veitres	11-14	300	2.4233	1.3701	7.910E-02
	17-20	300	2.6033	1.3486	7.786E-02
veicuatr	11-14	300	2.8633	1.3256	7.653E-02
	17-20	300	2.5733	1.2689	7.326E-02
veicinco	11-14	300	3.1600	1.2753	7.363E-02
	17-20	300	3.0967	1.3858	8.001E-02
veiseis	11-14	300	3.0067	1.3587	7.845E-02
	17-20	300	2.9533	1.4531	8.390E-02

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cont. Tabla 7.	Sujetos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
veisiete	11-14	300	2.0600	1.2005	6.931E-02
	17-20	300	2.4500	1.3442	7.761E-02
veiocho	11-14	300	2.1400	1.1994	6.925E-02
	17-20	300	2.4067	1.2622	7.288E-02
intentos	11-14	300	1.2233	.6011	3.470E-02
	17-20	300	1.4800	.9863	5.695E-02

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. T-STUDENT. COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS RESPECTO A CADA REACTIVO.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
uno	Equal variances assumed	6.832	.009	-4.174	598	.000	-.4833	.1158	-.7108	-.2559
	Equal variances not assumed			-4.174	596.437	.000	-.4833	.1158	-.7108	-.2559
Dos	Equal variances assumed	14.776	.000	-1.910	598	.057	-.1933	.1012	-.3921	5.483E-03
	Equal variances not assumed			-1.910	584.763	.057	-.1933	.1012	-.3922	5.492E-03

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

TESTES CON  
 FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
tres	Equal variances assumed	10.594	.001	-2.484	598	.013	-.2633	.1060	-.4715	-5.5143E-02
	Equal variances not assumed			-2.484	591.439	.013	-.2633	.1060	-.4715	-5.5138E-02
cuatro	Equal variances assumed	1.183	.277	.000	598	1.000	.0000	.1109	-.2179	.2179
	Equal variances not assumed			.000	597.433	1.000	.0000	.1109	-.2179	.2179
cinco	Equal variances assumed	3.373	.067	-.118	598	.906	-1.3333E-02	.1131	-.2354	.2088
	Equal variances not assumed			-.118	595.707	.906	-1.3333E-02	.1131	-.2354	.2088

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
seis	Equal variances assumed	21.430	.000	-4.786	598	.000	-.5033	.1052	-.7099	-.2968
	Equal variances not assumed			-4.786	587.075	.000	-.5033	.1052	-.7099	-.2968
siete	Equal variances assumed	8.392	.004	.264	598	.792	3.000E-02	.1137	-.1933	.2533
	Equal variances not assumed			.264	594.423	.792	3.000E-02	.1137	-.1933	.2533
ocho	Equal variances assumed	23.797	.000	-4.206	598	.000	-.4500	.1070	-.6601	-.2399
	Equal variances not assumed			-4.206	580.677	.000	-.4500	.1070	-.6601	-.2399

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
nueve	Equal variances assumed	20.628	.000	3.703	598	.000	.4000	.1080	.1879	.6121
	Equal variances not assumed			3.703	586.085	.000	.4000	.1080		
diez	Equal variances assumed	8.109	.005	-3.460	598	.001	-.3667	.1060	-.5748	-1.585
	Equal variances not assumed			-3.460	593.667	.001	-.3667	.1060		

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
once	Equal variances assumed	37.544	.000	.067	598	.946	6.667E-03	9.921E-02	-1.882	.2015
	Equal variances not assumed			.067	577.145	.946	6.667E-03	9.921E-02		
doce	Equal variances assumed	8.020	.005	.277	598	.782	3.000E-02	.1083	-1.828	.2428
	Equal variances not assumed			.277	593.563	.782	3.000E-02	.1083		

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
trece	Equal variances assumed	15.964	.000	-5.462	598	.000	-.5767	.1056	-.7840	-.3693
	Equal variances not assumed			-5.462	587.135	.000	-.5767	.1056		
catorce	Equal variances assumed	13.248	.000	-1.298	598	.195	-.1267	9.760E-02	-.3183	6.501E-02
	Equal variances not assumed			-1.298	586.630	.195	-.1267	9.760E-02		
quince	Equal variances assumed	1.583	.209	-.433	598	.665	-4.6667E-02	.1079	-.2585	.1652
	Equal variances not assumed			-.433	597.584	.665	-4.6667E-02	.1079		

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
dieiseis	Equal variances assumed	6.528	.011	-2.15	598	.830	-2.0000E-02	9.303E-02	-.2027	.1627
	Equal variances not assumed			-2.15	588.710	.830	-2.0000E-02	9.303E-02		
dieiete	Equal variances assumed	1.939	.164	2.763	598	.006	.2933	.1062	8.480E-02	.5019
	Equal variances not assumed			2.763	597.521	.006	.2933	.1062		
dieocho	Equal variances assumed	1.080	.299	1.908	598	.057	.2100	.1100	-6.1261E-03	.4261
	Equal variances not assumed			1.908	596.787	.057	.2100	.1100		

TESIS CON  
 FALLA DE CALIDAD

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
dienuve	Equal variances assumed	13.236	.000	-4.930	598	.000	-.5267	.1068	-7365	-.3168
	Equal variances not assumed			-4.930	594.879	.000	-.5267	.1068	-7365	-.3168
veinte	Equal variances assumed	1.527	.217	1.902	598	.058	.2100	.1104	-6.7923E-03	.4268
	Equal variances not assumed			1.902	597.420	.058	.2100	.1104	-6.7927E-03	.4268
veluno	Equal variances assumed	10.203	.001	-4.402	598	.688	-4.0000E-02	9.947E-02	-.2353	.1553
	Equal variances not assumed			-4.402	591.837	.688	-4.0000E-02	9.947E-02	-.2353	.1553

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
veidos	Equal variances assumed	43.101	.000	-5.092	598	.000	-.5067	9.951E-02	-.7021	-.3112
	Equal variances not assumed			-5.092	575.051	.000	-.5067	9.951E-02		
veitres	Equal variances assumed	.233	.630	-1.622	598	.105	-.1800	.1110	-.3980	3.798E-02
	Equal variances not assumed			-1.622	597.851	.105	-.1800	.1110		
veicuntr	Equal variances assumed	.024	.876	2.737	598	.006	.2900	.1059	8.193E-02	.4981
	Equal variances not assumed			2.737	596.859	.006	.2900	.1059		

Continuación Tabla 8

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
veicinco	Equal variances assumed	9.906	.002	.582	598	.560	6.333E-02	.1087	-.1502	.2769
	Equal variances not assumed			.582	593.922	.560	6.333E-02	.1087		
veiseis	Equal variances assumed	10.864	.001	.464	598	.643	5.333E-02	.1149	-.1722	.2789
	Equal variances not assumed			.464	595.322	.643	5.333E-02	.1149		
veiseite	Equal variances assumed	15.490	.000	-3.748	598	.000	-.3900	.1041	-.5944	-.1856
	Equal variances not assumed			-3.748	590.516	.000	-.3900	.1041		

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

Continuación Tabla 8		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2 tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
velocho	Equal variances assumed	5.304	.022	-2.653	598	.008	-.2667	.1005	-.4641	-6.9235E-02
	Equal variances not assumed			-2.653	596.446	.008	-.2667	.1005		
intentos	Equal variances assumed	54.750	.000	-3.849	598	.000	-.2567	6.669E-02	-.3876	-.1257
	Equal variances not assumed			-3.849	494.180	.000	-.2567	6.669E-02		

**TABLA 9. CORRELACIÓN DE PEARSON, DE LA ACTITUD ANTE EL SUICIDIO CON LOS INTENTOS EN AMBOS GRUPOS**

Correlaciones	Actitud	Intentos
Actitud Correlación de Pearson	1.000	.076
Significancia		.064
N	600	600
Intentos Correlación de Pearson	.076	1.000
Significancia	.064	
N	600	600

**TABLA 10. CORRELACIÓN DE PEARSON, DE LA ACTITUD ANTE EL SUICIDIO CON LOS INTENTOS DEL PRIMER GRUPO (11-14 AÑOS)**

Correlaciones	Actitud	Intentos
Actitud Correlación de Pearson	1.000	.051
Significancia		.376
N	300	300
Intentos Correlación de Pearson	.051	1.000
Significancia	.376	
N	300	300

**TABLA 11. CORRELACIÓN DE PEARSON, DE LA ACTITUD ANTE EL SUICIDIO CON LOS INTENTOS DEL SEGUNDO GRUPO (17-20 AÑOS)**

Correlaciones	Actitud	Intentos
Actitud Correlación de Pearson	1.000	.066
Significancia		.252
N	300	300
Intentos Correlación de Pearson	.066	1.000
Significancia	.252	
N	300	300

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 1.

DISTRIBUCIÓN DE PUNTAJES (ACTITUD)  
DE AMBOS GRUPOS

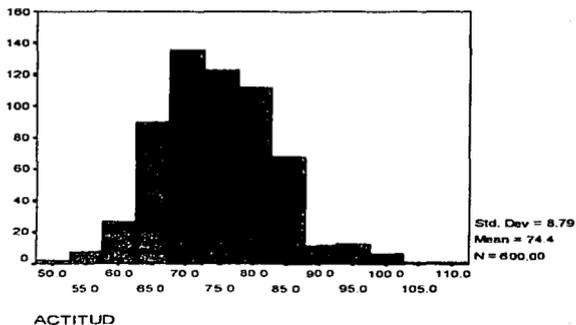
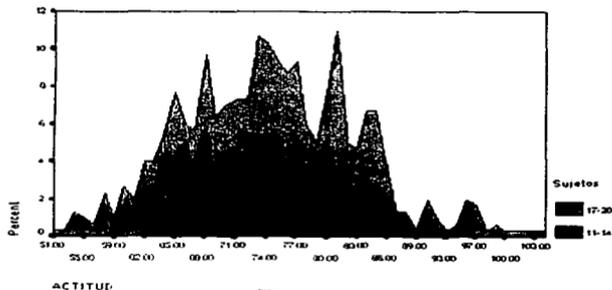


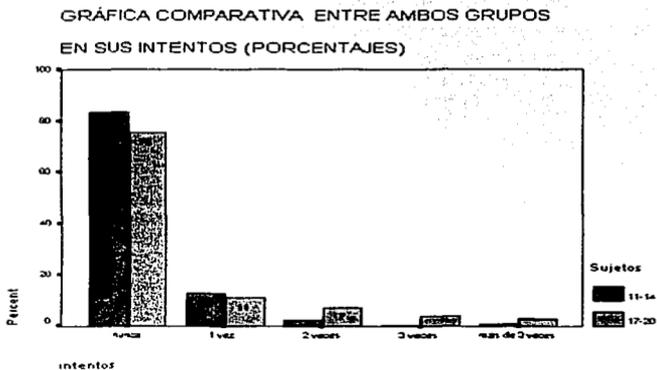
FIGURA 2.

GRÁFICA COMPARATIVA ENTRE AMBOS GRUPOS  
EN SU ACTITUD (PORCENTAJES)

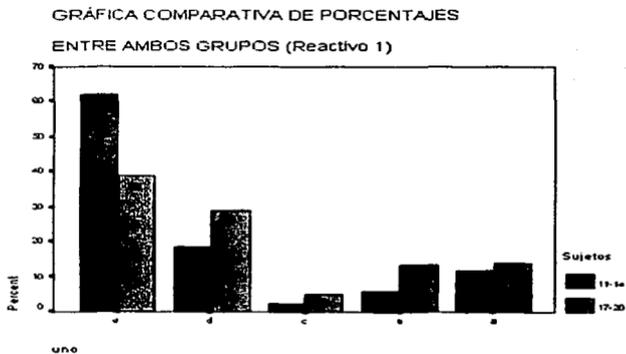


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

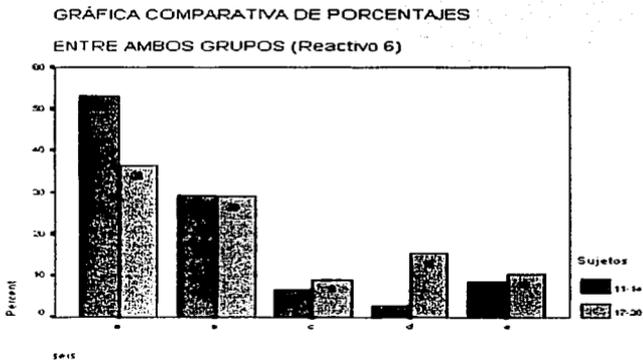
**FIGURA 3.**



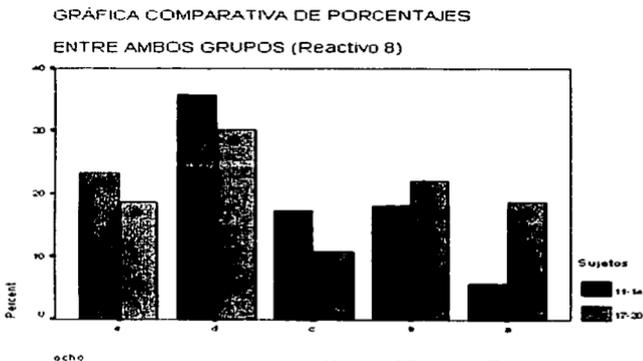
**FIGURA 4.**



**FIGURA 5.**

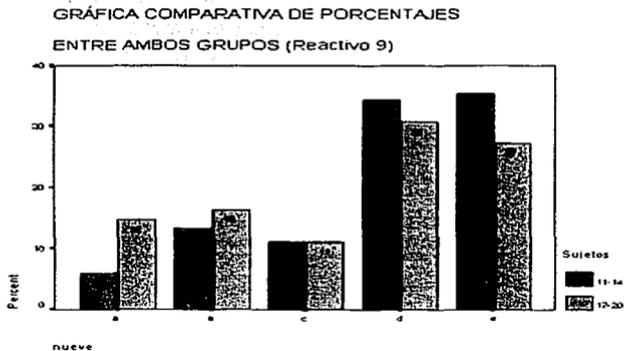


**FIGURA 6.**

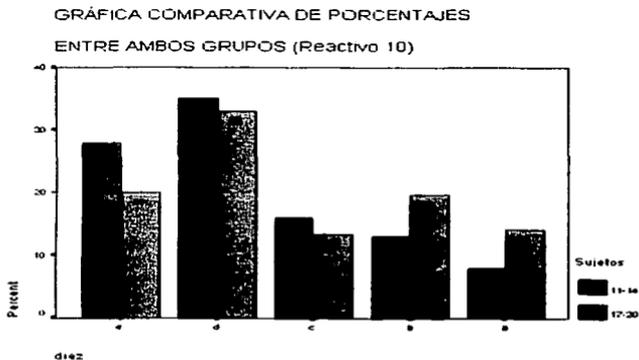


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FIGURA 7.**

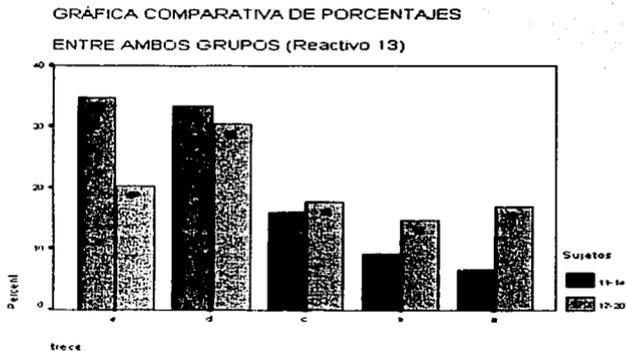


**FIGURA 8.**

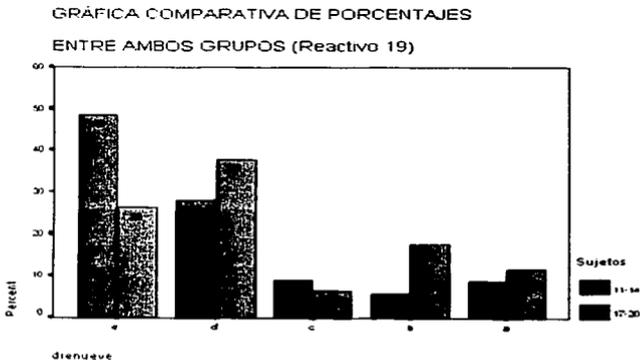


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FIGURA 9.**



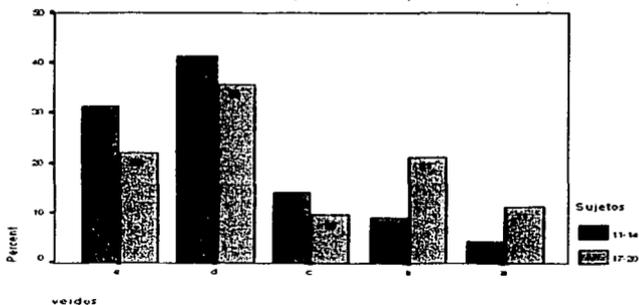
**FIGURA 10.**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

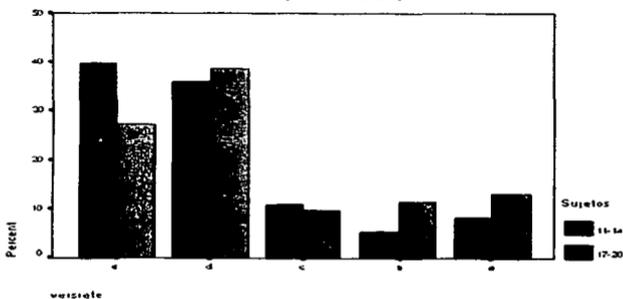
**FIGURA 11.**

GRÁFICA COMPARATIVA DE PORCENTAJES  
ENTRE AMBOS GRUPOS (Reactivo 22)



**FIGURA 12.**

GRÁFICA COMPARATIVA DE PORCENTAJES  
ENTRE AMBOS GRUPOS (Reactivo 27)



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

En esta investigación la hipótesis que se plantea queda comprobada con un grado de confiabilidad del 95%. Esta hipótesis dice: "Los sujetos adolescentes de 17 a 20 años presentan una actitud más favorable ante el suicidio con respecto a la actitud del grupo de 11 a 14 años de edad". Se obtiene mediante el análisis estadístico que el valor de  $t=5.021$ , en donde  $s = 0.05$ , lo cual es indicador de que el grupo de 17 a 20 años presenta una actitud más positiva estadísticamente significativa con respecto al grupo de 11 a 14 años de edad. (Ver Figura 2).

Se ha mencionado a lo largo de esta investigación que el suicidio es una conducta autodestructiva, que se observa cada vez con mayor frecuencia en esta sociedad. Se considera que el suicidio ocurre mayormente en personas que presentan ciertas características en común; como son la soledad, la depresión, historias familiares de violencia, farmacodependencia, en aquellos quienes no presentan una buena integración social, etc.

Para Erikson (1980), *"la adolescencia es vivir en crisis de identidad, y la búsqueda de ésta lo mantiene en constante tensión"*. En la adolescencia ocurren un gran número de cambios físicos y psicológicos que ocasionan que el individuo se torne más vulnerable a los factores externos e internos. Esta vulnerabilidad origina en la persona sentimientos de desamparo, frustración, tristeza..., que facilitan en esta edad que cualquier estímulo sea percibido en proporciones exageradas, y que en cierto momento orillan al sujeto a buscar formas alternativas que le hagan sentirse aliviado de la situación que vive. Kaplan (1996) expresa que *"La adolescencia es un período del desarrollo humano que se caracteriza por la presencia de cambios biológicos, psíquicos y conductuales que provocan*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*inconsistencia en el estado de ánimo, con cambios bruscos y extremos*". Está visto que, no con poca frecuencia, los adolescentes encuentran como una forma de aliviar la tensión, conductas destructivas y agresivas, dirigidas hacia el entorno social, o hacia sí mismos. Esta situación, los pone en el grave riesgo de considerar este estilo de vida como algo cotidiano y como única opción de manejar sus emociones. Lo que implica un verdadero riesgo, que es el negarse otras salidas y que en algunas ocasiones, hasta que este estilo de vida tiene consecuencias graves, el individuo entonces reacciona y revalora nuevamente las alternativas y las posibilidades que tiene hacia una vida futura. En esta investigación, se observa que algunos casos con intentos suicidas, presentan una actitud desfavorable ante el suicidio, Stengel (1995) considera que *"en algunas ocasiones tras un intento suicida, la liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo en una explosión emocional puede tener un efecto catártico beneficioso para el estado mental de una persona"*, o sea que puede descargar la tensión reprimida y de ese modo restablecer el equilibrio emocional, al menos por un tiempo. Esa es posiblemente una de las razones por las que algunas personas se sienten muy mejoradas tras un intento suicida y dejan de contemplar la posibilidad de repetirlo, modificando con esto también su actitud.

El sujeto en la etapa de la adolescencia, va conformando su propio sistema de valores y creencias que tendrán relación con su búsqueda de identidad la cual le permitirá llegar a una madurez. Dentro de su reorganización, el adolescente va probando los valores y creencias que le brinda la sociedad, junto con los que le brinda el núcleo familiar, hasta llegar a una estructura propia, en la que se conforman sus actitudes, conductas y relaciones sociales, es decir, hasta que conforma su propia identidad.

Rodríguez, (1980) define actitud como *"una organización duradera de creencias en general dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto"*. Lo que significa que las creencias que el sujeto

tenga con respecto a un objeto social (en este caso el suicidio), predispone a una acción coherente con estas creencias. Sin embargo, en este estudio, se encuentra que no existe en todos los casos una relación directa entre actitud positiva con intentos de suicidio. Los factores psicológicos y sociales y la combinación de éstos, aparentemente no dan como resultado una estructura estática de la organización de creencias; sino que esta estructura es dinámica, cambia conforme a las experiencias que el sujeto vive cada día. Por lo tanto en este estudio se observa que en algunos casos no existe una organización duradera de creencias, pero sí cambiante en esta etapa de la adolescencia.

Se encuentra en esta investigación mediante la Correlación de Pearson que no existe una fuerte relación entre intentos de suicidio y actitud ante este en ninguno de los dos grupos, puesto que en el primer grupo, se obtiene que el coeficiente  $r = 0.051$  con una significancia de  $s = 0.376$ ; y en el segundo grupo se obtiene que  $r = 0.066$ , con una significancia  $s = 0.252$ . El que no exista relación entre actitudes positivas, con intentos de suicidio puede ocurrir por varias situaciones. Una de éstas es que la finalidad del intento de suicidio no sea el deseo real de quitarse la vida, sino como única forma que el sujeto encuentra de demandar ayuda y que después de este intento, no conserva una actitud favorable hacia el suicidio. El Dr. Weiss (1957), señala que *"en un intento suicida pueden existir deseos reales de destruir la propia vida o bien evitar cualquier peligro real al hacer el gesto suicida"*. Otra situación es que cuando el sujeto tiene el deseo real de autoeliminarse, pero falla en su intento, entonces obtiene la atención de su entorno, que le proporciona las bases para salir adelante con el conflicto que esté viviendo, puesto que antes del intento no encontraba otra solución.

En estas dos situaciones, la persona considera el suicidio, ya sea como única forma de acabar con todo o como una manera de conseguir ayuda, es decir, con el deseo real de autodestruirse o no. Al fracasar este intento, la persona obtiene la atención de familiares, amigos, etc. que le pueden ayudar a tener otra visión, es probable que esta sea una de las razones del cambio en su actitud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Aún en los casos en el que la persona no tiene el verdadero propósito de acabar con su vida, es indicador de que está teniendo conflictos y que se encuentra en riesgo, pues como Farberow y Shnaider (1969) refieren, *"el intento suicida es un grito de socorro en el que el sujeto transmite un mensaje desesperado de angustia y sufrimiento con la esperanza de recibir ayuda de los que le rodean"*. Por lo que no debe ser ignorada cualquier señal que indique que una persona considera suicidarse, tenga o no el propósito real de eliminarse, pues es una forma de pedir ayuda.

Por otra parte, es importante analizar los reactivos que resultan ser significativos en este estudio, estos reactivos son: 1, 6, 8, 9, 10, 13, 19, 22, 27 y 29.

En lo que respecta al Reactivo 1, este dice: "El suicidio es una forma cobarde de huir de los problemas", se observa en la Figura 4, que un mayor porcentaje de sujetos del primer grupo, muestran una respuesta de "totalmente de acuerdo", en proporción con las demás opciones; en el segundo grupo se observa una distribución más homogénea en todas las opciones al responder este reactivo, sin embargo, también hay mayoría de respuestas "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" en el segundo grupo. Al comparar ambos grupos se encuentra una diferencia significativa, ya que el grupo de 11 a 14 años muestra respuestas más afirmativas a lo que dice el enunciado, en comparación con las respuestas del segundo grupo. Puede afirmarse, sobre la base de los resultados obtenidos en esta muestra, que los adolescentes de 11 a 14 años quienes tienen una actitud más negativa ante el suicidio, lo reflejan en su opinión de considerar al suicidio como una forma cobarde de huir de los problemas. Esta observación corrobora la información que arrojan las estadísticas mencionadas en la teoría, que muestran un mayor índice de porcentaje de intentos de suicidio y suicidios consumados en el rango de edad de 15 a 24 años.

El Reactivo 6, dice: "Hablar abiertamente acerca del suicidio, provoca que la gente se suicide". La Figura 5, muestra que las opiniones del primer grupo un 82% de la muestra presenta respuestas de "totalmente en desacuerdo" y "desacuerdo", esto quiere decir que la información que tengan sobre el suicidio, no los incita a cometerlo o a pensar en él. En el segundo grupo, se observa también que la mayoría de ellos (66%) consideran, que no influye la información que se obtenga sobre el suicidio para intentarlo. Estos resultados muestran que los adolescentes de esta investigación consideran que no existe una relación entre la información recibida sobre el tema con los intentos suicidas. Se observa también que esta opinión es más acentuada en el primer grupo de edad. Sin embargo, se observa que un 25% de los sujetos del segundo grupo, piensan que si existe una influencia negativa en las personas al recibir información sobre el suicidio. Esta observación pone de manifiesto que en este grupo de edad, los adolescentes muestran una revaloración de sus creencias, valores, actitudes y opiniones en el que la información que reciben del exterior influye de manera importante en el proceso de búsqueda de su identidad adulta.

El Reactivo 8, dice: "Es común que una persona que planea suicidarse, tenga actitudes agresivas". Se observa en la Figura 6, que el primer grupo responde con una proporción del 59%: "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo", aunque también hay porcentajes altos en la respuesta "desacuerdo" y "sin opinión". En el segundo grupo, la opinión esta prácticamente dividida en mitades, pues un 49% esta "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" con el reactivo, mientras que un 41% esta en "desacuerdo" o "totalmente desacuerdo". En este caso, se observa que la mayoría de la población considera que la persona que planea suicidarse, muestra conductas agresivas; aunque este reactivo no especifica si la agresión es autodirigida o manifestada hacia el exterior. Sin embargo, la población tiene conocimiento de que existe agresión en el suicidio. Esto es analizado en la teoría, donde se expresa que el suicidio es la manifestación extrema de las conductas agresivas dirigidas contra sí mismo. Respecto al porcentaje menor que considera que no hay agresión en los sujetos suicidas, puede ser porque muchas veces la

persona que planea suicidarse no da indicios de esta agresión, ya sea porque la tenga reprimida, o porque la canaliza de una forma distinta.

Los resultados obtenidos, llevan a considerar que una de las posibles razones por las que los sujetos opinan que no existe agresión en la persona que planea suicidarse, es por el conocimiento de algún caso de suicidio en el que la persona no manifestó señales que hicieran sospechar que considerara suicidarse. Otra consideración que se plantea, es la posibilidad de que algunos de estos sujetos se encuentren en una situación similar a la del reactivo, situación que ocasionaría que se sintieran afectados en sus emociones, lo que provocaría que al contestarlo, negaran su propia agresión.

Respecto al Reactivo 9, este dice: "La mayoría de la gente que se suicida, estaba deprimida". La Figura 7, muestra en ambos grupos un alto porcentaje de respuestas "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo": En el primer grupo 69% y en el segundo grupo 58%. Este hallazgo apoya la teoría, que hace referencia a que el suicidio tiene una estrecha relación con la depresión. Se observa que un porcentaje mínimo en ambos grupos :19% en el primero y 31% en el segundo, consideran que no existe una relación entre depresión y suicidio, sin embargo este porcentaje es mínimo. Hay que recordar que la teoría apoya que la depresión mantiene una estrecha relación con el suicidio, sin embargo el suicidio es una fenómeno de carácter multifactorial, en el que la depresión es solo uno de muchos factores que pueden precipitar un suicidio.

El Reactivo 10, dice: "La mayoría de los suicidios se debieron a falta de atención". En la Figura 8 se observa que en el primer grupo un 64% de los adolescentes están "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" con este reactivo; en el segundo grupo 50% están de acuerdo y 34% en desacuerdo. Estos resultados ponen en evidencia, que los adolescentes de esta población en su mayoría, consideran que las personas que se suicidan, no reciben atención por parte del medio. Es posible que la mayoría de ellos consideren que las personas que se han

suicidado se encontraban solas, lo cual esta asociado con el reactivo anterior, que se refiere a la relación existente entre depresión y suicidio. Sin embargo, un 34% de la población del segundo grupo, considera que los suicidios no son causados por la falta de atención. Considérese que la adolescencia es la etapa en que las estadísticas demuestran un mayor índice de suicidios, y que en la adolescencia existen casos en los que la persona lejos de ser ignorada, es sobreprotegida hasta que busca liberarse de la tensión ocasionada por dicha represión proveniente del núcleo familiar, llegando en muchas ocasiones a los intentos de suicidio y al suicidio consumado Aberastury y Knobel (1978) sostienen que "el adolescente suele mostrar una actitud defensiva para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles... Además la desidealización de las figuras parentales lo sume en el más profundo desamparo. Sin embargo, este dolor es poco percibido por los padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace aun más profundo y difícil este proceso... provoca en el adolescente un resentimiento..." este resentimiento lo puede llevar a considerar, en un determinado momento, el suicidio. Aunque es importante reconocer que se desconocen las variables de situación económica, familia, amigos, pareja, etc. de esta población, se considera que el 34% de la población del segundo grupo que opina que los suicidios no son causados por la falta de atención, puede ser causado por la vivencia de una situación similar a la planteada anteriormente o porque hayan observado este fenómeno en algún caso cercano.

Considerando el Reactivo 13, que dice: "El suicidio es más frecuente en adolescentes". La Figura 9, muestra que en el primer grupo, una proporción del 68% están "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo", 16% están en "desacuerdo" y "totalmente desacuerdo"; en el segundo grupo se observa que un 50% están de acuerdo y un 32% están en desacuerdo. Se observa en ambos grupos una opinión a favor en la mayoría de la población de lo que el reactivo dice. Este reactivo muestra que los jóvenes de esta población observan en su entorno, que muchos de los suicidios ocurridos son de sujetos pertenecientes a su mismo rango de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

edad. Respecto a la población que no considera que el suicidio sea más frecuente en adolescentes, se observa que la mayoría son del segundo grupo. En esta investigación se encuentra que precisamente este grupo tiene una actitud más favorable ante el suicidio.

En lo que respecta al Reactivo 19: "Es más fácil que una persona se suicide si está bajo los efectos de alguna droga". En la Figura 10, se aprecia que un 74% del primer grupo y un 54% del segundo grupo, están "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo", lo que es acorde con la teoría, en la que se considera como uno de los factores de riesgo suicida, el consumo de estupefacientes. Estos resultados, llevan a inferir que los adolescentes de esta población piensan que el estar bajo los efectos de alguna droga, es un factor que facilita el intento o consumación del suicidio. Esto se observa más claramente en el primer grupo, puesto que el porcentaje es muy elevado. Sin embargo un 30% del segundo grupo considera que éste no es un factor que facilite el intento o la consumación de un acto suicida. Lo que hace pensar que este porcentaje de la población, considera que existen otros factores que ejercen mayor influencia en la consumación de un acto suicida.

El Reactivo 22 dice: "La mayoría de los suicidios son causados por problemas familiares". En la Figura 11, se presenta un porcentaje elevado en ambos grupos: 72% el primer grupo y 58% en el segundo grupo que están "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" con que éste es uno de los factores importantes que influyen en el acto suicida. Con esto se puede apreciar, que el ámbito familiar tiene una elevada importancia para la vida de los adolescentes, pues ellos consideran que la mayoría de los suicidios son ocasionados por problemas de tipo familiar. Sin embargo, se observa que un 31% del segundo grupo opina que esto no es así, lo que lleva a pensar que este porcentaje de la población se encuentra en una etapa, en la que sus prioridades no están en el núcleo familiar, sino fuera de ésta. Este análisis observado, se contempla en la teoría sobre la adolescencia, pues como dice Sullivan (1953) "...hacia el final de la adolescencia el sujeto establece innumerables relaciones interpersonales...".

El Reactivo 27, dice: "Hablar y escuchar a la persona, puede impedir que se suicide". En la Figura 12, se aprecia que existe un alto porcentaje en el primer y segundo grupo: 76% y 66% respectivamente que están "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo". Lo cual indica que los adolescentes están conscientes de que una persona en riesgo suicida, necesita escuchar y ser escuchada, para buscar con la ayuda de alguien, soluciones y alternativas que les permitan sentirse aliviados de la tensión que les generan sus problemas y que los orilla a considerar el suicidio. Este Reactivo, tiene una relación estrecha con el Reactivo 10, por lo tanto también con el Reactivo 9 y se observa que estos tres Reactivos presentan resultados muy similares, lo que le da consistencia al instrumento de medición, confirmada por el Análisis Alpha de Cronbach en el que se obtiene  $\alpha = 0.7124$ . Además se confirma la teoría en esta investigación, al referir que dentro de otros factores importantes que llevan al suicidio, están la depresión, la soledad y el no recibir apoyo del medio.

Finalmente, el Reactivo 29 (Figura 3) hace referencia al número de intentos de suicidio. Los resultados obtenidos son: en la respuesta a un intento, se muestra 12% en el primer grupo y 11% en el segundo grupo; en la respuesta a dos intentos se obtiene, un 2.5 % en el primer grupo y 7% en el segundo grupo; en la respuesta a tres intentos, se observa 0.5% en el primer grupo y 4% en el segundo grupo; en la respuesta a más de tres intentos se muestra un 1% en el primer grupo y 3% en el segundo. Estos resultados, expresan para el primer grupo una proporción total de intentos de suicidio de 16%; y en el segundo grupo el total es 25%. Este es un porcentaje alto, si se considera que representa la cuarta parte de la población de este grupo, situación que lleva a afirmar que en este grupo de edad, hay mayor intento de suicidios y por lo tanto de riesgo suicida. Ahora bien, si se considera que en la proporción total de la muestra (N=600) se obtiene que el 41% presenta por lo menos un intento de suicidio, esto lleva a considerar que en esta investigación se comprueba que la adolescencia, es una etapa de crisis como

parte normal del desarrollo evolutivo, sin embargo en esta etapa, existe la alta posibilidad de considerar al suicidio como una alternativa de solución a esta crisis.

Es importante recordar que en el fenómeno del suicidio, existe un continuum: ideación, conductas o rasgos suicidas, intentos y finalmente la consumación, si se logra el intento. Se ha mencionado en la teoría que este continuum puede no presentar alguna aspecto, es decir puede haber ideación y no necesariamente un intento, o puede haber ideación e intento y no una manifestación evidente en la conducta del individuo. Se demuestra con los datos anteriores de intentos de suicidio, que la población de esta investigación presenta tentativas de suicidio a una edad temprana de la adolescencia. Es por ello la importancia de hacer hincapié en la urgente necesidad de crear campañas preventivas referentes al suicidio, a fin de crear conciencia en la población en general, que desde edades tempranas de la adolescencia existe la gestación en el individuo de ideas suicidas, que más tarde o más temprano puede llevar a cabo, bajo el grave riesgo de conseguirlo sea con el propósito de lograrlo o como un "llamado de auxilio".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO VII

### ALCANCES, LÍMITES Y SUGERENCIAS

La presente investigación tiene como principal alcance, la presentación de un instrumento válido y confiable, que permita conocer las actitudes de sujetos adolescentes ante el suicidio. Debido a que es una temática de interés en el ámbito mexicano y a que es una problemática cada vez más acentuada.

Con base en los resultados estadísticos obtenidos en esta investigación, se comprueba que existe un mayor porcentaje de intentos de suicidio en adolescentes de 17 a 20 años, sin embargo también existe un porcentaje considerable en el grupo de 11 a 14 años. Por lo que, otro alcance en esta investigación es que se encuentra que a esta edad existen en el individuo ideas autodestructivas, comprobado con el análisis estadístico en el se observa que un 41% del total de la población, presentan tentativas de suicidio. Estas tentativas son consideradas como llamados de auxilio, independientemente de que el propósito sea o no eliminarse. Esto pone de manifiesto que es necesaria una orientación respecto al manejo de sus emociones.

La hipótesis planteada en esta investigación, se comprueba satisfactoriamente con base en el análisis estadístico. Se observa en el análisis de los resultados que el grupo de 17 a 20 años, muestra actitudes significativamente más favorables hacia el suicidio con relación a las actitudes del grupo de 11 a 14 años. Sin embargo es de suma importancia resaltar que al realizar el análisis se encuentra que las tentativas de suicidio no mantienen una relación proporcional con actitudes favorables, es decir, se comprueba que la indicación de intentos suicidas no implica necesariamente que se tenga una actitud favorable. Este punto ha sido discutido en el inciso anterior, y el alcance de esta investigación es que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

159

los resultados demuestran que las actitudes son objeto de modificación en periodos relativamente breves, por lo tanto es posible observar fenómenos como el que se observa en esta investigación: que en un individuo puede haber un sistema de creencias y valores, (es decir, actitudes), que aparentemente no corresponden con su predisposición a actuar (es decir, intentos). Bajo este precepto, se sugiere que se realice una investigación longitudinal, en la que se pueda analizar, el proceso de los cambios de actitud. Ya que en el caso de los intentos de suicidio, es posible que los sujetos que presentan intentos suicidas, este intento haya sido cierto tiempo atrás, en los que su actitud era otra.

Se sugiere que este instrumento se aplique en otra investigación que contemple todo el rango de la adolescencia, incluyendo a los sujetos de 15 y 16 años, para poder tener mayores alcances en cuanto al conocimiento de las actitudes en todo el rubro de la adolescencia y hacer también un análisis comparativo en cada uno de los años de edad, que permita observar el proceso de las actitudes favorables ante el suicidio de acuerdo a la edad. Para así poder apreciar como es que se va gestando la actitud favorable en los adolescentes, pues, en esta investigación se encuentran mayores actitudes positivas hacia el suicidio en el grupo mayor de edad.

En esta investigación se sugiere la implementación de campañas preventivas, mediante grupos de apoyo, para brindar a la población adolescente alternativas que les permitan encontrar soluciones a sus problemas. Así como también se sugiere diseñar proyectos que se puedan implementar en el sistema educativo y que contemplen la necesidad de información sobre temas de interés para ellos, tales como temas sexuales, problemas de identidad, problemas de autoestima, de depresión y demás factores que interesan al adolescente y que en muchos casos son motivo de angustia. Asimismo se sugiere la creación de actividades que les ayude a regular la tensión y la angustia generada por el estilo de vida urbano.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Debido a que la adolescencia es una época de crisis, en la que suceden muchos cambios en la vida del sujeto, cambios en sus relaciones, en sus creencias, en su sexualidad, hay una búsqueda de identidad. La limitación que se encuentra con relación a la medición de actitud en ambos grupos es que la conformación de creencias no está totalmente establecida, sino que esta formándose.

Otra importante limitación que se encuentra es que la construcción de este instrumento fue realizada para características específicas de la vida urbana, y dirigido a personas con una escolaridad mínima de primaria que se encuentren cursando secundaria o preparatoria, por lo que no podría ser aplicado en áreas rurales, ni en personas con menor nivel de escolaridad. Esto implica que no puede ser generalizado para la población total mexicana. Respecto a esto, se sugiere la construcción de ítems que contemplen niveles de escolaridad más bajos, así como ítems que contemplen la situación rural, que complementen el presente instrumento.

Por último es importante recalcar, que el propósito de crear este instrumento es proporcionar un elemento más que ayude en la detección de riesgo suicida. Sería un grave error, pensar en el uso de este instrumento como único método para detectar riesgo suicida, ya que una sola prueba aunque sea válida y confiable es tan sólo una herramienta que sirve para complementar la entrevista, la observación directa dentro de los ámbitos familiar, social y escolar, así como la historia clínica. Así pues, es necesaria una evaluación completa de cada sujeto para poder entonces realizar un diagnóstico de riesgo suicida. El objetivo de esta investigación es que el instrumento proporcionado sirva como método complementario dentro de la evaluación diagnóstica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO VIII

### CONCLUSIÓN

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se concluye que los objetivos de esta investigación se cumplen de manera satisfactoria, ya que se logra validar el instrumento bajo la escala tipo Likert, el cual se aplica a la muestra seleccionada por el investigador, observándose y analizándose las actitudes de los adolescentes encuestados, encontrándose como primera conclusión que el instrumento utilizado tiene validez y que la confiabilidad es alta, lo cual significa que está midiendo las actitudes de los adolescentes en ambos grupos hacia el suicidio. Por lo tanto, el objetivo de conocer la actitud ante el suicidio en población adolescente mexicana, mediante la aplicación de un instrumento válido y confiable, también se cumple.

Respecto al objetivo de conocer las diferencias actitudinales hacia el suicidio entre dos grupos de edad de población mexicana adolescente: un grupo de 11 a 14 años y otro grupo de 17 a 20 años de edad. También se cumple encontrándose una actitud más favorable o positiva en el grupo de edad de 17 a 20 años. Así como también hay mayores intentos de suicidio en esta misma población. Es importante reconocer que no se planteó como objetivo de esta investigación, observar la relación entre intentos suicidas con la actitud, sin embargo al realizar el análisis de Correlación de Pearson, se encuentra que no existe una relación directa entre número de intentos de suicidio, con la actitud ante el mismo.

Es importante retomar como parte de la conclusión, que la hipótesis se comprueba, puesto que los sujetos adolescentes de 17 a 20 años presentan una actitud más favorable ante el suicidio con respecto a la actitud del grupo de 11 a 14 años de edad, con una diferencia estadísticamente significativa. En esta

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

162

investigación se encuentra que el hecho de que en este grupo de edad exista una actitud más favorable, así como mayor índice de suicidios consumados e intentos, no significa que exista una relación entre éstos dos, es decir, entre actitud favorable, con intentos y suicidios consumados, puesto que también es importante tomar en consideración que en la etapa de la adolescencia, las actitudes son cambiantes y no necesariamente coherentes con las acciones. Debido a que el tema del suicidio es un fenómeno de redes muy complejas en cuanto a sus causas, pues estas pueden ser tales como problemas familiares, poca o nula relación con el entorno social, consumo de sustancias tóxicas, algún familiar cercano que se haya suicidado y el cual era admirado por la persona, la accesibilidad a las armas, problemas de identidad, problemas de depresión, enfermedades mentales, enfermedades terminales, y eso por mencionar algunas, incluso puede haber una combinación de causas que pueden dar como resultado grandes diferencias en la forma en que el individuo vive estas situaciones y más en esta etapa. Esto puede ser otra explicación de que en esta investigación, no se haya encontrado una relación directa entre intentos de suicidio y actitud favorable, es decir de que no se haya encontrado una coherencia entre el sistema de creencias (actitud) y la acción (intentos).

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que la adolescencia es una etapa de desarrollo en la que se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Cuando se presenta un intento suicida, es sin lugar a dudas, un factor de riesgo del suicidio, pues existe la posibilidad de lograr este intento. Esta situación plantea que en la adolescencia existen conflictos internos y externos que son vívidos como una verdadera crisis de la adolescencia. Etapa en la cual hay un alto índice de intentos de suicidio y suicidios consumados y es considerada por las estadísticas la etapa de más riesgo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La importancia de conocer las actitudes de los adolescentes en estos grupos de edad, lleva necesariamente a tomar medidas y acciones para prevenir que se cometan estos actos. El crear este instrumento es proporcionar un herramienta que, junto con otras, como son: entrevista, pruebas psicológicas, historia clínica, y la observación directa dentro de los ámbitos social, familiar y escolar; ayuden a la prevención del suicidio en esta población de adolescentes.

Por último se concluye que la medición de las actitudes en adolescentes, no es objeto de fácil estudio, debido a que en esta edad, los sujetos adolescentes atraviesan por una crisis de identidad y se encuentran por ello, en un estado cambiante. Esto pone de manifiesto, la necesidad de realizar más estudios enfocados a la medición de actitudes, en especial dirigidos a la población adolescente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

- A.A. Milne. (1997). *When we were very young*. London: Methuen.
- ABERASTURY, Arminda y KNOBEL, M. (1978). Adolescencia. Editorial Kargieman. Buenos Aires.
- ADORNO, T.W. y cols. (1965). La Personalidad Autoritaria. Proyección. Buenos Aires.
- AIKEN, L.R. (1996). Tests Psicológicos y Evaluación. Prentice Hall. México.
- ALLPORT, F.H. (1955). Theories of Perception and the Concept of Structure. Wiley, Nueva York.
- BALLESTEROS, U. Antonio. (1980). La Adolescencia. Editorial Patria. México.
- BARON, R., BYRNE, D. y GRIFFITT, W. (1974). Social Psychology. Allyn Bacon. Nueva York.
- BLOS, Peter. (1980). Psicoanálisis de la Adolescencia. Editorial Joaquín Mortiz. México.
- BOGARDUS, E.S. (1931). Fundamentals of Social Psychology. Century Press. Nueva York.
- BORGES, G., ROSOVSKY, H., CABALLERO, M.A y GÓMEZ C.C. (1994). Evolución Reciente del Suicidio en México: 1970-1991. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- CAMERON, N. (1988). Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un enfoque dinámico. Editorial Trillas. México.
- CASTRO, S. Ma.E. (1981). Publicación Trimestral del plantel Azcapotzalco del Colegio de Ciencias y Humanidades, Apuntes UNAM. Julio-Septiembre, No. 1.
- COLLINS, B.E. (1970). Social Psychology. Adison Wesley, Menlo Park.
- DARLEY, J., GLUCKSBERG, S. y KINCHLA R. (1990). Psicología. Editorial Prentice Hall. México.
- DIEKSTRA, R.F. (1989). Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: The international picture. *Crisis*, 10.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- DSM-IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona:Masson.
- DURKHEIM, E. (1965). El Suicidio. Editorial Premià. México.
- EDWARDS, A.L. (1957). Techniques of Attitude Scale Construction. Prentice-Hall. Estados Unidos.
- ERIKSON, E. (1980). Identidad, Juventud y Crisis. Taurus Ediciones, S.A. España.
- ESTRADA-INDA, L. (1987). El Ciclo Vital de la Familia. Editorial Posada. México.
- FARBROW, N.L. (1966). Suicidio Entre Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares. Editorial Jama.
- FARBROW, N.L. y SHNEIDER, E. (1969). ¡Necesito Ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención. Editorial Prensa Mexicana. México.
- FITZGERALD, H., STROMMEN, E. y MCKINNEY, J. (1997). Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente. Editorial Manual Moderno. México.
- FREUD, A. (1984). El Desarrollo del Adolescente. Editorial Hormé. Buenos Aires.
- FREUD, A. (1992). Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente. Editorial Paidós. España.
- FREUD, S. (1946). Obras Completas. Volumen VII. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- GERARD, H. y JONES, E.E. (1967). Foundations of Social Psychology. John Wiley and Sons, Nueva York.
- GOLDMAN, H. (1996). Psiquiatría General. Editorial Manual Moderno. 4ta. ed. México.
- GONZÁLEZ, F. C. (1995). Aspectos Psicosociales del Suicidio en Adolescentes Mexicanos. Psicopatología (Madrid), Vol. 15 No. 4.
- GONZÁLEZ, F. C., BERENZON, G.S. y TELLO, G.A. (1998). Ideación Suicida y Características asociadas en Mujeres Adolescentes. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 5. septiembre-octubre de 1998.
- GONZÁLEZ, F. C., BORGES, G., GÓMEZ, C.C. y JIMÉNEZ, T.A. (1996). Los Problemas Psicosociales y el Suicidio en Jóvenes. Estado actual y Perspectivas. Salud Mental. Vol. 19. Suplemento abril de 1996. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Instituto Mexicano de Psiquiatría.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- GONZÁLEZ, F. C. y JIMÉNEZ, T.A. (1996). Alternativas en la Prevención del Suicidio en Adolescentes. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.
- GONZÁLEZ, F. C., JIMÉNEZ, T.A. y GÓMEZ C.C. (1995). Indicadores Psicosociales Asociados con la Ideación Suicida en los Adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- GONZÁLEZ, N. J. J., ROMERO, A. J. y DE TAVIRA Y NORIEGA, F. (1995). Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. Editorial Trillas. México.
- GROSS, R.D. (1998). Psicología, la Ciencia de la Mente y la Conducta. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno. México.
- GUTTMANN, L. (1946). Questions and Answers About Scale Analysis. Army Forces. Report, D-Z.
- HURLOCK, E.B. (1976). Psicología de la Adolescencia. Editorial Losada. Buenos Aires.
- INEGI. (1990). Tasa de Suicidios Consumados (Intentos de Suicidio) en la Población Masculina y Femenina y Total por Edad en la República Mexicana, 1970-1990. Anuario Estadístico de la República Mexicana. México.
- INEGI. (1999). Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios a Nivel Nacional y por Entidad Federativa de 1980 -1997. Publicación Anual Cuaderno No. 4. México.
- INEGI. (2001). Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios a Nivel Nacional y por Entidad Federativa de 1980 -2000. Publicación Anual Cuaderno No. 7. México.
- INHELDER, B. Y PIAGET, J. (1978). El Crecimiento del Pensamiento Lógico. Fabril Editores. Buenos Aires.
- JACOBS, J. (1971). Adolescent Suicide. Ed. Wiley and Sons, Inc. U.S.A.
- KAPLAN, H. y SADOCK, B. (1996). Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat. 2da ed.
- KELMAN, H.C. (1953). Attitude Changes as a Function of Response Restriction. Human relations. 6.

- KRETCH, D., CRUTCHFIEL, R. y BALLACHEY, E. (1982). Individual in Society. McGraw Hill. Nueva York.
- LINDGREN, H.C. (1986). Introducción a la Psicología Social. Editorial Trillas. México.
- LIPMAN, W. (1964). Opinión Pública. Fabril Editores. Buenos Aires.
- LOZANO, R. (1998). Aletheia, Revista Anual: Conductas Autodestructivas en los Adolescentes. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social (IIPCS) A.C. No. 14.
- MAN, L. (1981). Elementos de Psicología Social. Editorial Limusa. México.
- MANNONI, O. (1989). La Crisis de la Adolescencia. Colección Psicoteca Mayor. Serie Freudiana. Editorial Gedisa, S.A. México.
- MARCHIORI, H. (1998). El Suicidio. Enfoque Criminológico. Editorial Porrúa. México.
- MARX, M.H. y HILLIX, W.A. (1995). Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneos. México.
- MEDINA, M.M., LÓPEZ, L.E., VILLATORO, J.A. et al. (1994). La Relación entre la Ideación Suicida y el Abuso de Sustancias. Resultados de una Encuesta en la Población Estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- MENNINGER, K. (1952). El Hombre Contra Sí Mismo. Editorial Losada. Buenos Aires.
- MERANI, A.L. (1979). Diccionario de Psicología. Editorial Grijalbo. México.
- MORÓN, P. (1977). El Suicidio. Editorial Ábaco. Buenos Aires.
- MOSCOVICI, S. (1981). Psicología de las Minorías Activas. Editorial Morata. Madrid.
- MUNNÉ, F. (1980). Grupos, Masas y Sociedades. Editorial Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona.
- NARVÁEZ, A., ROISOVSKY, H. Y LÓPEZ, J.L. (1991). Evaluación del Consumo de Alcohol en los Intentos de Suicidio: Un Estudio con Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencias. Salud Mental, 14 (3).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- PAPALIA, D. y OLDS, S. (1997). Desarrollo Humano. Editorial McGraw Hill. 6ta. ed. Colombia.
- PIAGET, J. (1974). De la Lógica del Niño a la Lógica del Adolescente. Ensayo sobre la construcción de las estructuras operatorias formales. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- REICH, B. (1980). Valores, Actitudes y Cambio de Conductas. Editorial Continental. México.
- RICHTER, P., ALVARADO, L. y FEND, H. (1997). Prevalencia de Trastornos Depresivos en Adolescentes. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. VI.
- RODRÍGUEZ, A. (1980). Psicología Social. Editorial Trillas. México.
- RODRÍGUEZ, G. L.. (1974). Suicidios y Suicidas. Editorial UNAM. México.
- ROJAS, N. (1982). Medicina Legal. Editorial El Ateneo. Argentina.
- RUÍLOBA, J.V. y FERRER C.G. (1990). Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Editorial Salvat. España.
- SALAZAR, J.M. (1977). Vigencia y Perspectivas de la Psicología Social. Psicología. Caracas, Venezuela.
- SALAZAR, J.M. (1990). Psicología Social. Editorial Trillas. México.
- SELIGMAN, (1976). Failure to Scape Traumatic Shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74.
- STANLEY, Hall, (1904). Adolescence. New York, Appleton.
- STENGEL, Erwin (1995). Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- THURSTONE, D.L. y CHAVE, E.J. (1929). The Measurement of Attitude. Chicago. The University of Chicago Dress.
- TOZZINI, Carlos. (1969). El Suicidio. Editorial Depalma. Buenos Aires.
- VILLATORO, V.J., ANDRADE, P.P. et all. (1997). La Relación padres-hijos: Una Escala para evaluar el Ambiente Familiar de los Adolescentes. Salud Mental. Vol. 20. No. 2. Junio de 1997.
- VILLEGAS, J.F. (1975). Psicología. Procesos mediacionales en el aprendizaje observacional: la formulación de Albert Bandura. Editorial Interamericana. México.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

WINNICOTT, D.W. (1987). Realidad y Juego. Editorial Gedisa. México.

WOLMAN, B.B. (1994). Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología. Editorial Planeta. México.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES:

Esta es una encuesta sobre tu opinión acerca del suicidio, es confidencial por lo que agradecemos la mayor honestidad posible.

Por favor escribe en el paréntesis al final de cada oración, la letra que corresponda a tu opinión el inciso que corresponda a tu opinión en base a la siguiente clave:

- (a) Totalmente en desacuerdo.
- (b) En desacuerdo.
- (c) Sin opinión.
- (d) De acuerdo.
- (e) Totalmente de acuerdo.

1. Quitarse la vida es una solución a los problemas. ( )
2. El suicidio es una forma cobarde de huir de los problemas. ( )
3. El suicidio es una buena forma de huir de los problemas. ( )
4. El suicidio es una forma usual de huir de los problemas. ( )
5. La idea de atentar contra la vida es un indicio de suicidio. ( )
6. Atentar contra tu cuerpo es una forma de suicidio. ( )
7. La gente que habla de suicidarse realmente no piensa hacerlo. ( )
8. La persona que se suicida lo piensa mucho antes de tomar esa decisión. ( )
9. Cualquiera que trate de suicidarse debe de estar loco. ( )
10. Si una persona decide suicidarse, no hay nada que la haga cambiar de opinión. ( )
11. La gente que se suicida, es gente que no tuvo otra alternativa. ( )
12. Hablar abiertamente acerca del suicidio, promueve que la gente se suicide. ( )
13. Los suicidios ocurren con mayor frecuencia en la época de navidad y vacaciones. ( )
14. La mayoría de la gente que se suicida era alcohólica o drogadicta. ( )
15. El suicidio es una enfermedad. ( )
16. La mayoría de la gente que se suicida estaba deprimida. ( )
17. La mayoría de la gente que se suicida lo hace a causa de problemas familiares. ( )
18. La mayoría de la gente que se suicida se debe a falta de atención. ( )
19. La mayoría de la gente que se suicida tenía problemas financieros. ( )
20. La mayoría de la gente que se suicida lo hace por la pérdida de un ser querido. ( )

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Clave:

- (a) Totalmente en desacuerdo.
- (b) En desacuerdo.
- (c) Sin opinión.
- (d) De acuerdo.
- (e) Totalmente de acuerdo.

- 21. La mayoría de la gente que se suicida tenía problemas de tipo laboral. ( )
- 22. La mayoría de la gente que se suicida tenía problemas de tipo emocional. ( )
- 23. La mayoría de la gente que se suicida se siente incomprendida. ( )
- 24. Las mujeres están mas predispuestas al suicidio. ( )
- 25. Los hombres están mas predispuestos al suicidio. ( )
- 26. El suicidio es mas frecuente en adolescentes. ( )
- 27. El suicidio es mas frecuente en hombres mayores de 30 años. ( )
- 28. El suicidio es mas frecuente en mujeres mayores de 30 años. ( )
- 29. Los hombres seleccionan medios más violentos para suicidarse. ( )
- 30. Los niños y niñas no se suicidan. ( )
- 31. Si una persona se suicida la familia se siente culpable. ( )
- 32. Cada persona tiene todo el derecho de suicidarse si así lo desea. ( )
- 33. La gente que se suicida en realidad solo quiere demostrar que no se sentía a gusto. ( )
- 34. Una persona que pretende suicidarse tratará de enmascarar sus sentimientos aparentando ser feliz. ( )
- 35. Es más factible que una persona se suicide si alguien cercano a ella lo hizo. ( )
- 36. Decir lo que a uno le molesta puede evitar el suicidio. ( )
- 37. Es mas factible que una persona se suicide si está bajo los efectos de alguna droga. ( )
- 38. La gente que planea suicidarse tratará de hacerlo de una manera llamativa. ( )
- 39. Una persona que decide suicidarse dejará alguna nota o le comunicará a alguien su decisión. ( )
- 40. Es común que una persona suicida tenga actitudes agresivas. ( )
- 41. El suicidio es mal visto por la sociedad. ( )
- 42. Hay ocasiones en que el suicidio se justifica. ( )
- 43. El hecho de no temer a la muerte facilita el suicidio. ( )

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--

Clave:

- (a) Totalmente en desacuerdo.
- (b) En desacuerdo.
- (c) Sin opinión.
- (d) De acuerdo.
- (e) Totalmente de acuerdo.

- 44. Si hubiera más información acerca del suicidio habría menos incidencia. ( )
- 45. Existe poca información para prevenir el suicidio. ( )
- 46. La información acerca del suicidio se encuentra accesible a la gente. ( )
- 47. Los medios de comunicación mantienen al margen la información referente al suicidio. ( )
- 48. Llamar a la policía es una forma de impedir a una persona que se suicide. ( )
- 49. Hablar y escuchar a la persona es una forma de impedir que se suicide. ( )
- 50. Existen consecuencias emocionales en un intento de suicidio. ( )

En la siguiente pregunta, marca con una cruz el inciso que corresponda a tu respuesta.

51. Alguna vez has intentado suicidarte.

- a) nunca.
- b) una vez.
- c) dos veces.
- d) tres veces.
- e) más de 3 veces.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El propósito de la siguiente encuesta es conocer tu opinión acerca del suicidio. Por favor contesta de la manera más sincera posible, teniendo en cuenta que la información obtenida es totalmente confidencial y para fines estadísticos.

Se agradece tu valiosa participación.

Antes de contestar, favor de llenar los datos que a continuación se te piden:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

Lee con todo cuidado las oraciones y posteriormente escribe en el paréntesis al final de cada oración, la letra que corresponda a tu opinión en base a la siguiente clave:

- (a) Totalmente en desacuerdo.
- (b) En desacuerdo.
- (c) Sin opinión.
- (d) De acuerdo.
- (e) Totalmente de acuerdo.

#### Ejemplo:

El suicidio es una forma cobarde de huir de los problemas (c).

La respuesta indica que esta persona esta totalmente de acuerdo en que el suicidio es una forma cobarde de huir de los problemas.

1. El suicidio es una forma cobarde de huir de los problemas. ( )
2. La idea de atentar contra la vida es un indicio de suicidio. ( )
3. Atentar contra tu cuerpo es una forma de suicidio. ( )
4. Si una persona decide suicidarse, no hay nada que la haga cambiar de opinión. ( )
5. La gente que se suicida, es gente que no tuvo otra alternativa. ( )
6. Hablar abiertamente acerca del suicidio, provoca que la gente se suicide. ( )
7. La mayoría de la gente que se suicida era alcohólica o drogadicta. ( )
8. Es común que una persona que planea suicidarse tenga actitudes agresivas. ( )
9. La mayoría de la gente que se suicida, estaba deprimida. ( )
10. La mayoría de los suicidios se debieron a falta de atención. ( )
11. La mayoría de la gente que se suicida tenía problemas de tipo laboral. ( )
12. Los hombres están más predispuestos al suicidio. ( )
13. El suicidio es más frecuente en adolescentes. ( )
14. El suicidio es más frecuente en personas mayores de 30 años. ( )
15. Los niños y las niñas no se suicidan. ( )

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Clave:

- (a) Totalmente en desacuerdo.
- (b) En desacuerdo.
- (c) Sin opinión.
- (d) De acuerdo.
- (e) Totalmente de acuerdo.

- 16. Si una persona se suicida, la familia se siente culpable. ( )
- 17. Una persona que decide suicidarse, tratará de enmascarar sus sentimientos aparentando ser feliz. ( )
- 18. Decir lo que a uno le molesta puede evitar el suicidio. ( )
- 19. Es más fácil que una persona se suicide si está bajo los efectos de alguna droga. ( )
- 20. La gente que planea suicidarse, tratará de hacerlo de una manera llamativa. ( )
- 21. Una persona que decide suicidarse dejará alguna nota o le comunicará a alguien su decisión. ( )
- 22. La mayoría de los suicidios son causados por problemas familiares. ( )
- 23. Existe poca información para prevenir el suicidio. ( )
- 24. La información acerca del suicidio se encuentra accesible a la gente. ( )
- 25. Los medios de comunicación mantienen al margen la información referente al suicidio. ( )
- 26. Llamar a la policía es una forma de impedir que una persona se suicide. ( )
- 27. Hablar y escuchar a la persona puede impedir que se suicide. ( )
- 28. Existen consecuencias emocionales después de un intento de suicidio. ( )

En la siguiente pregunta, marca con una cruz el inciso que corresponda a tu respuesta.

29. ¿Alguna vez has intentado suicidarte?

- (a) Nunca.
- (b) 1 vez.
- (c) 2 veces.
- (d) 3 veces.
- (e) Más de 3 veces.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN