

*Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas.*

*Facultad de Psicología.*



*Tesis en Opción al Título de Máster en  
Psicología Médica.*

*Título: “Comparación de la capacidad para  
planificar y verificar acciones en adolescentes con  
conductas suicidas y sus pares.”*

*Autora: Lic. Mailyn González Pérez.*

*Tutor: Dr.C. Luis Felipe Herrera Jiménez.*

*Curso: 2012- 2013*

*Santa Clara*

*Exergo*

*“Es un crimen no oponer a la muerte todos  
los obstáculos posibles”.*

*José Martí, 1878.*

# *Dedicatoria*

*A mi familia,  
Especialmente a mi hija,  
Por mantener en nosotros la esperanza.*

*Agradecimientos*

## Agradecimientos

- *A mi hija por la felicidad que ha traído a mi vida.*
- *A mis padres, mi hermana y René por todo el amor que me profesan.*
  - *A mi esposo por desear constantemente mi superación y ayudarme incondicionalmente, a pesar de la distancia que hoy nos separa.*
- *A mi tutor, el Dr.C Luis Felipe F. Herrera, por brindarme su apoyo, por su sabiduría y profesionalidad.*
  - *A Yaiet por todo lo que hace por mi.*
  - *A todos los profesores que me han guiado en el camino de tan bella profesión.*
- *A los adolescentes y los familiares que participaron en la investigación.*
- *A todos mis familiares y amigos...y a todos los que han contribuido para que pueda seguir adelante.*

# *Resumen*

La presente investigación se realizó con el objetivo de comparar las características neuropsicológicas de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conductas suicidas y sus pares que no la presentan.

Se efectuó un estudio descriptivo - correlacional en el período comprendido entre septiembre del 2011 y diciembre del 2012. La muestra estuvo conformada por 60 adolescentes escolares en el rango de 11 a 18 años de edad divididos en dos grupos, uno de estudio, formado por adolescentes con conductas suicida y uno testigo, formado por sus pares que no portan esta conducta.

Para la obtención de información se emplearon las técnicas siguientes: Revisión de Documentos Oficiales, Entrevista psicológica a los adolescentes, Cuestionario de aislamiento y soledad, STAXI II, Simultaneidad de signos, Cubos de Kosh, Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, subtest de la Batería de Evaluación Neuropsicológica de A. R. Luria y el WSBI. Los resultados obtenidos fueron valorados cualitativa y cuantitativamente; para el análisis estadístico matemático se empleó la técnica U de Mann Whitney contenida en el paquete SPSS versión 20.

En el grupo estudio se constataron insuficiencias en la expresión de los sistemas funcionales relacionados con la flexibilidad del pensamiento y el establecimiento de alternativas en la solución de problemas, en la capacidad para la planificación y verificación de la acción que tiene su base neuropsicológica en las estructuras corticales de la áreas prefrontales. En cuanto al control emocional predominó la inestabilidad con tendencia a experimentar ira, y sentimientos de aislamiento y soledad. En la situación social de desarrollo fue significativa la influencia del medio familiar y el escolar.

**Palabras Claves:** *Conducta suicida, adolescencia, afectaciones neuropsicológicas, planificación y verificación de acciones.*

# *Abstract*

This research was developed with the objective to compare the neuropsychological characteristics of the capacity to plan and verify actions in adolescents with suicidal behavior and their peers without this behavior.

We performed a descriptive - correlational study between September 2011 and December 2012 period. The sample consisted in 60 adolescent students between 11-18 years old divided into two groups, one consisting study adolescents with suicidal behavior and one witness, formed by peers that not carry this behavior.

To obtain information were used the following techniques: Official Document Review, psychological adolescents interview, isolation and loneliness questionnaire, STAXI II, signs simultaneity, Kohs' cubes, Bender, A. R. Luria Neuropsychological Battery subtest Assessment and WSBI. The results were qualitatively and quantitatively evaluated, for the mathematical statistical analysis U Mann Whitney technique was used, contained in SPSS version 20 package.

In the study group inadequacies in the expression of functional systems were found related to the flexibility of thought and the establishment of alternatives in solving problems, the capacity for planning and verification of action that is based neuropsychological structures prefrontal cortical areas. In emotional control the instability with a tendency to anger experience prevailing, and isolation and loneliness feelings. In the social situation develop familiar and school environment was significantly influenced.

***Key words:*** *Suicidal behavior, adolescence, neuropsychological affectations, actions planning and verification.*

# *Índice*

---

	<b>Pág.</b>
<b>Introducción.</b>	1
<b>Capítulo I: Fundamentación Teórica.</b>	7
1.1 La adolescencia, características generales de la etapa.	7
1.2 Conducta suicida y sus particularidades en la población adolescente.	9
1.3 Importancia actual de la Neuropsicología.	15
1.4 Características neuropsicológicas de los adolescentes y su relación con la conducta suicida.	23
<b>Capítulo II: Metodología.</b>	28
▪ Descripción de la metodología.	28
▪ Diseño de la investigación.	28
▪ Métodos y técnicas.	31
▪ Descripción de las técnicas aplicadas.	32
▪ Procedimientos.	49
▪ Descripción y operacionalización de las variables a estudiar.	50
▪ Estrategia estadística para el procesamiento de la información.	52
<b>Capítulo III: Análisis de los resultados.</b>	53
▪ Análisis integrador de los resultados.	76
<b>Conclusiones.</b>	85
<b>Recomendaciones</b>	87
<b>Referencias Bibliográficas</b>	88
<b>Anexos.</b>	

# *Introducción*

La adolescencia es una de las etapas de la vida a la que cada vez se le presta mayor atención, ya sea desde el campo de la investigación científica o por la implementación práctica de políticas y proyectos gubernamentales en post de elevar la calidad de vida y bienestar de este grupo social. Sin embargo, resulta evidente, que a pesar del creciente interés, en el mundo no se han logrado resolver las diversas problemáticas que los afectan y que comprometen su salud mental.

Este período transcurre durante la segunda década de la vida, como fase intermedia entre la niñez y la adultez. Es una etapa compleja de preparación, de transición, caracterizada por grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, generadores de conflicto y contradicciones donde se lucha por alcanzar una plena madurez social, y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad adquiriendo los roles de adulto, que pueden provocar desajustes en la formación y desarrollo de la personalidad, situándolos en una posición de vulnerabilidad y riesgo. Debido a esto algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, lo que conlleva a que aparezcan alteraciones psicopatológicas importantes o sentimientos de inadecuación y desesperanza, sienten que su futuro se encuentra fuera de control y así la ideación y el intento suicida surgen como una alternativa ante tal situación.

La literatura contemporánea en general aborda la conducta suicida desde una triple categorización que las divide en ideaciones suicidas (referido al estudio de distintos procesos cognitivos y afectivos que van desde sentimientos de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción; el parasuicidio (que comprende conductas relacionadas a gestos e intentos manipuladores e intentos fallidos de terminar con la vida propia) y el suicidio (que incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. (Casullo, 2004)

Aunque los registros de estas conductas en general tienden a estar sub-reportados por distintas causas, los perfiles epidemiológicos van en aumento, y

son reconocidos como un importante problema de salud en el mundo pues exhibe hoy cifras alarmantes de incidencia y prevalencia.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en el 2001 murieron aproximadamente 849000 personas a causa del suicidio a nivel mundial y se espera que en el 2020 ocurran aproximadamente 1.2 millones de suicidios, mientras que de 10 a 20 veces, más personas por arriba de esa cifra intentarán suicidarse. Se estima que en la mayoría de los países europeos, el número anual de suicidios es mayor que la de muertes provocadas por accidentes de tránsito y en el año 2001 sobrepasó la cifra de muertes por violencia (500 000) y guerra (230 000). Se calculan por encima de 30 los suicidios por cada 100 000 habitantes y aunque se describe que los índices aumentan con la edad, en muchas investigaciones recientes se muestra un crecimiento significativo en los reportes de conducta suicida entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (OMS, 2004).

En Cuba la situación es similar, la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP reportó una tasa de suicidio de 18,3 x 100 000 habitantes en 1999, y se precisa, ocupa la cuarta causa de muerte, planteando que ocurren aproximadamente 6 intentos por cada fallecido (Hernández, y Barreto, 2006) y se considera la segunda causa de mortalidad entre las edades de 15- 49 años (Torres, et. al, 2006), Aún cuando la ocurrencia en adolescentes ha ido descendiendo, entre 1970 y 2008 de 126 defunciones a 35, continúa siendo un problema relevante, pues se mantiene como cuarta causa de muerte en las edades de 10-19, por lo que se incrementan los esfuerzos para trabajar en la reducción de este indicador en una población tan vulnerable y expuesta. (Cortés, Aguiar, Medina, Rodríguez y Durán, 2011).

Algunos autores plantean que alrededor de un 32% de los adolescentes realizan en algún momento un intento suicida por lo que se requiere enfatizar en la ideación y tentativa sobre todo si se tiene en consideración que las estadísticas crecen de forma general en el mundo y se espera continúen su ascenso, motivado por los cambios en los valores y estilos de vida, la inestabilidad en la estructura familiar, el abuso de sustancias, la delincuencia, los patrones de conductas violentas, los sentimientos de desesperanza, la baja autoestima, entre

otros factores. Por ello se requiere que las muchachas y los muchachos desarrollen estrategias de afrontamiento para funcionar efectivamente, para planificar y verificar acciones que le lleven al éxito personal y los alejen de estos comportamientos negativos.

Se han realizado múltiples investigaciones que explican cuestiones diferenciales de los adolescentes con conductas suicidas y sus pares sin embargo, son escasas las investigaciones que ofrecen respuestas en función de las características de los procesos psíquicos y de los sistemas funcionales, es decir desde una mirada neuropsicológica.

La neuropsicología es la rama de la ciencia que explica la organización cerebral de los procesos psíquicos del hombre (Luria, 1970), ofrece la posibilidad de comprender la vida emocional del sujeto, estudiando las posibles causas que subyacen en el origen de las conductas. Relaciona la estructuración y funcionamiento de la corteza cerebral y su influencia en el comportamiento y la psiquis humana, sin obviar el papel del medio en la formación de las funciones psíquicas superiores y en el paso de lo interpsicológico a lo intrapsicológico. Mientras tanto la neuropsicología del desarrollo se dedica especialmente al estudio de las diferentes etapas de la vida, por lo que es muy útil en la investigación del período adolescente, marcando pautas para el diagnóstico e intervención.

Los exámenes neuropsicológicos han evidenciado que los niños y los adolescentes que sufren algún trastorno conductual parecen presentar alguna clase de anomalía en el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere en su capacidad para planificar, evitar los riesgos y aprender de las experiencias negativas. La importancia de la neuropsicología es vital para comprender la vida emocional de los adolescentes, marcando pautas para su análisis y desarrollo, donde es necesario no olvidar que estos estilos comportamentales pueden exacerbarse en la adolescencia si no se brinda la atención adecuada. (Mederos, 2011).

Se ha profundizado en el papel que tienen los lóbulos frontales y cómo su función se extiende hacia el control de los procesos cognitivos. Esta área se encuentra

relacionada a la tercera unidad funcional descrita por Luria, 1982, la cual se encarga de planificar, regular, controlar la actividad psíquica y la conducta humana y está comprometida en la regulación de la conducta emocional, adaptándola a las exigencias de cada situación. La zona de paso entre las áreas límbicas y el córtex prefrontal anterior está muy implicada en el control de los impulsos y la regulación de las emociones (Portellano, 2005). Siendo, precisamente, en el córtex prefrontal donde se determina la conducta. Se requiere profundizar en el análisis de las unidades funcionales cerebrales pues resulta claro que las tres trabajan concertadamente de forma integrada y al estudiar sus interacciones, conocemos que cada unidad aporta su contribución específica, permitiendo obtener una visión interior de la naturaleza de los mecanismos cerebrales de la actividad mental.

La presente investigación aporta, desde el punto de vista teórico, generalizaciones neuropsicológicas sobre la afectación de los sistemas funcionales en relación a la conducta suicida en los adolescentes, lo que determina su novedad, al ofrecer una caracterización de los rasgos esenciales de la capacidad para planificar y verificar acciones en estos adolescentes y diferenciarlas de sus pares que no la presentan.

Desde el punto de vista práctico propicia datos de interés tanto para profesionales de la salud como de la educación, pues facilita la búsqueda y elaboración de estrategias de rehabilitación neuropsicológicas cada vez más efectivas y adecuadas a las necesidades y carencias de estos adolescentes, y a la vez, contribuye al enriquecimiento de programas docentes, que tengan en cuenta las principales características de la etapa a partir de las peculiaridades de los sistemas funcionales.

Desde el punto de vista metodológico tiene gran significación, pues permite investigar la capacidad para planificar y verificar acciones en su situación real, y demostrar la efectividad de los instrumentos utilizados en el diagnóstico neuropsicológico en esta población.

Ofrece una visión de las afectaciones funcionales que se erigen como puntos de partida para la creación de acciones preventivas materializadas en programas de salud en los diferentes niveles de atención, para fortalecer estos sistemas y así

lograr estilos comportamentales y personológicos flexibles, reflexivos, estimulando la capacidad para planificar y verificar acciones, para que esta etapa temida, etiquetada como crítica, sea vivenciada como un período fecundo por parte de los estudiantes y por los adultos con los que estos interactúan.

En el área de salud perteneciente a la localidad de Vueltas existe gran preocupación en relación a la conducta suicida por el aumento creciente de los reportes estadísticos de intentos e ideaciones suicidas en la población adolescente. Este tema forma parte del banco de problemas definidos por la dirección del centro y el departamento de salud mental. La presente investigación se dedica al estudio de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conductas suicidas a partir de la diferenciación con aquellos que no las presentan, lo que permitirá el futuro desarrollo de estrategias psicoeducativas y de salud en función de fortalecer programas de promoción y prevención que contribuyan a elevar la calidad de vida de los adolescentes y sus familiares.

Se toma como **problema central de investigación**: ¿Se diferencia la capacidad para planificar y verificar acciones entre los adolescentes con conducta suicida y sus pares?

Para dar respuesta al mismo se plantean los siguientes objetivos:

**Objetivo General:**

- Describir las características neuropsicológicas de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conductas suicidas y sus pares.

**Objetivos Específicos:**

1. Diagnosticar las características neuropsicológicas de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conducta suicida.
2. Precisar los elementos de la capacidad para planificar y verificar acciones más afectadas en adolescentes con conductas suicidas en relación con los agentes psicopatógenos presentes en cada caso.

3. Comparar las características de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conductas suicidas y sus pares que no lo presentan.
4. Reconocer los principales indicadores que en el contexto de la situación social de desarrollo pueden favorecer un mejor funcionamiento de la capacidad para planificar y verificar acciones en la muestra estudiada.

*Capítulo I:*  
*Fundamentación*  
*Teórica*

### **1.1- La adolescencia, características generales de la etapa.**

El desarrollo del ser humano es un proceso largo y difícil que pasa por diferentes etapas, una de ellas es la adolescencia. Etimológicamente, esta palabra es un término que deriva de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Se ha conceptualizado como un período de transición a la edad adulta, que está influido por factores biológicos y psicológicos que son propios de la edad del individuo así como por factores sociales y culturales. (Camacho e Iniesta, 2003)

Kaplan y Sadock (1991), plantean que es aquella etapa de la vida que empieza con la pubertad y termina cuando la independencia de la persona de sus padres ha alcanzado una congruencia psicológica razonable.

La edad donde se enmarca este período ha sufrido grandes cambios, extendiéndose sucesivamente desde los 15 a los 17 años, e incluso, a los 21, demostrándose que el adolescente necesita tiempo para adecuarse a las transformaciones físicas y psicológicas, así como a su nueva posición social e imagen de sí mismo. (Sanabria, Herrera y Gómez, 2004).

A pesar de que no existe un consenso exacto en su periodización, su inicio se sitúa en la pubertad, alrededor de los 10 a los 12 años, y su finalización sobre los 19 o 20. La Organización Mundial de la Salud, plantea que es el período comprendido entre los 10 y 19 años, subdividiéndolo en dos etapas: la pubertad o adolescencia inicial que comienza normalmente a los 10 en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14 o 15, y la adolescencia media y tardía que se extiende, hasta los 19 años.

Como tendencia general, la etapa se está prolongando pues se alcanza la madurez biológica a una edad más temprana, mientras que la independencia social y económica aparece más tarde.

Esta etapa evolutiva se caracteriza por la aparición del pensamiento conceptual teórico y de un nuevo nivel de autoconciencia, por la intensa formación de la identidad personal y el surgimiento de una autovaloración más afianzada, por la presencia de juicios y normas morales no sistematizadas, de ideales abstractos,

de intereses profesionales, aún cuando la elección de la futura profesión no constituye un elemento central de la esfera motivacional. (Domínguez. 2003)

En la adolescencia, según Domínguez (2007), la percepción adquiere un carácter intelectual, la memoria se torna más consciente e intencional, en la que se promueve un aumento revelador de la habilidad para memorizar materiales orales y abstractos, subrayándose el manejo de un mayor número de recursos mnemotécnicos incluyendo los recursos de carácter íntimo, como las asociaciones y los agrupamientos lógicos y de sentido.

Se experimentan en el período cambios fisiológicos que influyen notablemente en el comportamiento y desarrollo personal de estos sujetos, entre los que se destacan el aumento del crecimiento y de la masa corporal, la maduración sexual, así como las modificaciones que ocurren a nivel cerebral que incluyen la aparición y reestructuración de numerosas funciones y procesos cerebrales.(Alvaredo, 2013)

La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, el inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios, con preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros y otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en la conducta y la emotividad. (Cruz, 2002). Prima la fragilidad emocional y la impulsividad debido a la necesidad de ajuste personal, los cambios hormonales y las mayores demandas de intercambio social.

En la adolescencia tardía se considera que ya ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional, debe enfrentar la conquista del grupo de amigos, adaptarse a una determinada cultura juvenil, construir sus valores personales y lograr diferenciarse de la familia de origen. Hay tendencia a sustituir el grupo por la relación de pareja, sin que este deje de tener importancia. Se logra un mejor control de los impulsos, y los cambios emocionales son menos

intensos, al tiempo que disminuye la ambivalencia y el egocentrismo. La adquisición del pensamiento abstracto del adulto le permite desarrollar un sistema de valores propios, con metas vocacionales reales. El adolescente establecerá una identidad personal y social, que pondrá fin a la etapa.

De forma general es un período decisivo en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se fortalecen algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de los entornos de influencia. (Rodrigo, Márquez, Mendoza, Martínez, y Martín, 2004)

Los adolescentes deben lograr la adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos, la integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento, la separación del tutelaje familiar, el establecimiento de la identidad individual, por medio de la relación con sus compañeros y una adaptación de las capacidades y habilidades adquiridas para las actividades ocupacionales y de esparcimiento. Por ello se encuentran sometidos a importantes fuentes de estrés psicosocial, aumentando así el riesgo de padecer trastornos psicopatológicos y conductas desajustadas que se manifiestan de diferente forma, que pueden pasar inadvertidas o camufladas por la gran cantidad de experiencias y comportamientos desestabilizadores que se experimentan normalmente en esta etapa evolutiva. (Vinet, Salvo y Foros, 2005). Pueden aparecer entonces conductas de riesgo referidas a características personales o a circunstancias del medio escolar, familiar o social, que lo predisponen a experiencias negativas, como es el caso de la conducta suicida. (Ruiz, 2008)

### ***1.2-Conducta suicida y sus particulares en la población adolescente.***

La conducta suicida a lo largo del desarrollo histórico del hombre ha constituido un tema de difícil comprensión, encontrando valoraciones diversas que van desde consideraciones de actos de locura hasta verlos como comportamientos gloriosos, dependido tanto de aspectos culturales como sociales dentro de los que se encuentran la familia, la estructura económica, etc. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades y épocas. (Aguilar y Barreto, 2006)

La OMS plantea que el comportamiento suicida es toda acción donde el individuo se cause daño a sí mismo, independientemente del grado de letalidad, y de que se conozcan o no, los motivos subyacentes; por lo que, cuando se hace referencia a este tipo de conducta, no sólo se trata del acto consumado como tal, sino que también forma parte de ella el intento suicida, la ideación suicida y las conductas autolesivas (Baader, Urrap, Millán y Yáñez, 2011; Casullo, 2004; Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000; Castillo, Ledo y Jiménez, 2007; Diekstra 1993; Durkheim, 1982).

Es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. Algunos autores prefieren desglosar la conducta suicida en las siguientes categorías:

a) Suicidio consumado. Es cuando la persona se quita la vida con intento consciente.

b) Intento de suicidio. Tiene todos los elementos del suicidio completo. Sin embargo, aquí las personas sobreviven debido a las circunstancias, buscando el intento controlado. La complejidad de este comportamiento permite observar los siguientes aspectos:

- *Tentativa gravísima de suicidio*: por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, pero difiere en cuanto al resultado mortal en el acto. El individuo tiene idea de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte.

- *Tentativa grave*: Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad.

- *Tentativa leve*: En estos casos las armas o los medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.

- *Tentativa sin daño*: Son los casos en el que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

c) Gesto suicida: Consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye amenaza seria de muerte.

d) Amenaza de suicidio: Incluye un decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.

e) Ideación suicida: Consiste en tener pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte. Son los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001)

f) Muerte subliminal: Se trata de un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte. Es decir traer uno mismo la muerte o estar uno mismo en un lugar y en una posición extremadamente vulnerable. (García, 2006)

Se estima que a nivel mundial ocurren cerca de 30 suicidios por cada 100 000 habitantes y que la ideación suicida tiene una prevalencia en la población en general, que oscila entre el 10 y el 28 %, mientras que alrededor del 3 al 5 % realiza un intento suicida alguna vez. Estudios internacionales presentan al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado, siendo mayor durante el primer año, demostrado por la evidencia estadística que del 30% al 60 % de las muertes suicidas han sido precedidas por intentos. (Pérez-Olmos, 2006)

En la adolescencia específicamente el suicidio es la cuarta causa de muerte entre las edades de 10- 19 y se estima que el 32% de los adolescentes realizan en algún momento un intento suicida. En Cuba los intentos suicidas en esta etapa aumentaron, de una tasa de 81 en el 2006, pasó a 91,91 en el 2007 y de esta a 96,94 en el 2008 (Cruz, Moreira, Orraca, Pérez y Hernández, 2011); todo esto sin hablar de las ideaciones que abarcan un porcentaje mayor por su complejidad, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede manifestar como una idea momentánea, e incluso como una idea permanente y/o impulsiva o planeada.

Cuando se analizan los factores de riesgo en la población adolescente para esta conducta, es el modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner uno de los más usados. Dicho modelo plantea cómo la interacción de sistemas puede influir en cada persona de modo significativo:

1. Factores individuales (desarrollo ontogénico): Se encuentra la depresión como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en adolescentes, seguido por las adicciones y algunas prácticas sexuales de riesgo.
2. Factores familiares (microsistema): Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, problemas económicos, desempleo, antecedentes de conducta suicida en algún familiar cercano.
3. Factores del ecosistema: Se refiere a las “estructuras sociales” (por ejemplo la escuela) y la percepción de su entorno, si existe violencia, agresividad.
4. Factores del macrosistema: Implica la cultura y las creencias. Establece roles de género y otras conductas prediseñadas. (Pérez-Amezcu, et al. 2010)

Independientemente del modelo existen numerosas investigaciones al respecto que plantean que las características fundamentales que aumentan el riesgo de presentarse ideación suicida entre los estudiantes son: cursar el nivel de secundaria, interrumpir los estudios por más de seis meses y considerar que su desempeño escolar es malo, la baja autoestima, problemas familiares, deficiencias en el funcionamiento conductual y emocional, así como altos niveles de trastornos mentales. Mientras que otros afirman que es el tipo de personalidad en formación lo que influye de manera más notable, en el estilo de afrontamiento, que un sujeto con un tipo N (Neuroticismo) de personalidad es más susceptible de entrar en crisis y tener mayor riesgo suicida y menor capacidad de afrontar adecuadamente los problemas y que las estrategias de afrontamiento identificadas muestran que el esfuerzo cognitivo conductual que desarrolla principalmente el individuo con tentativa suicida está dirigido a la emoción para buscar un alto grado de malestar o bienestar. (Cañon y Toro, 2012).

Los factores psicosociales e individuales también han sido trabajados en el tema de la conducta suicida, especialmente la presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, existencia de depresión mayor, sobrevivencia al intento suicida, presagio o amenaza con el suicidio (proyecto suicida), antecedentes familiares, ausencia de apoyo social y familiar, así como la manifestación de impulsividad o ansiedad y hostilidad. (Sarmiento, Sánchez, Vargas y Álvarez,

2010) Algunos enfatizan en la impulsividad propia del adolescente, aclarando que mientras mayor sea esta, mayor será la posibilidad de autodestrucción, asociándola a la rigidez dentro de los rasgos de personalidad y trastornos asociados. Otros investigadores han señalado su relación con la depresión pero sin dudas quien mejor logra relacionarlos es Beck, Brown, Steer, 1989, a través de la tríada cognitiva que caracteriza al deprimido, la opinión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro.

Múltiples investigaciones (Andrade, 2012; Prado, 2004) coinciden en señalar el importante papel que adquiere la dinámica familiar, incluso existen estudiosos del tema (Sánchez, Cáceres y Gómez, 2004) que lo limita a la influencia de los conflictos en el contexto escolar.

Desde las teorías biologicistas se ha demostrado que la serotonina es un factor clave para la vulnerabilidad hacia estas conductas, detectando niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Tovilla-Zárate y Genis, 2012). Además se ha tratado de encontrar una relación entre los sistemas neurológicos, su actividad y el comportamiento suicida.

Son interesantes desde el punto de vista de la investigación los factores de vulnerabilidad suicida descritos por Freeman y Reineke, que incluye entre otros la percepción de soledad y aislamiento, la capacidad limitada de resolución de problemas, el escaso control de impulsos y la vulnerabilidad neurológica que se traducen en dificultades para manejar abstracciones y por tanto observar el mundo y aprovechar las experiencias. (González, 1998).

En resumen se pueden identificar una variedad importante de factores de riesgo para la conducta suicida ya sean de tipo familiar, económico, social, emocional, relacional, de personalidad, genético, etc. (Villalobos- Galbi, 2009). Lo más importante es considerarla un hecho de causa multifactorial.

Se coincide con las ideas expresadas en los trabajos de Casullo, 2004, donde plantea que para estudiar la conducta suicida es necesario operar desde un marco

teórico que integre distintos modelos que se complementen, denominado cognitivo - mediacional - psicodinámico.

**A)** Se entiende al sujeto humano como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significados determinados en relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente.

**B)** Ese sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en relación con lo especificado en A y con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico.

**C)** Los comportamientos concretos relacionados con el suicidio se vinculan con factores concurrentes (historia personal y social, programa neurobiológico, grado de salud mental) y precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas).

La investigación epidemiológica realizada (Casullo, 1994, 1998) permitió confirmar la caracterización que hizo Orbach (1994) que plantea la existencia de tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia:

**1) Depresivo perfeccionista:** donde se incluyen personas con un Super yo muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro, las que evidencian necesitar la aprobación social y tienden a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica, tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Son solitarias y se considera factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas

**2) Impulsivo:** caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se

sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han desarrollado en el contexto de familias violentas.

**3) Desintegrado:** en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad, temen perder el autocontrol e irritarse en forma desmedida; son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Siguiendo esta propuesta, se sistematizan factores vinculados a la conducta suicida:

- A) Presencia de psicopatología, como factor que aumenta la probabilidad de ocurrencia, referidas al empobrecimiento de los mecanismos de defensa, de las funciones cognitivas lo que reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo de las estrategias de afrontamiento adecuadas frente a situaciones conflictivas. Se resalta la depresión, las dependencias de sustancias, los trastornos de conducta y trastornos de ansiedad (crisis de pánico).
- B) Estados fenomenológicos: aluden a estados emocionales muy intensos que no pueden ser tolerados por el sujeto y lo llevan a desear ponerles fin, dentro de ellos la desesperanza, el fracaso, la vergüenza, la soledad, el aislamiento, los sentimientos de culpa, la pérdida del autocontrol.
- C) Procesos autodestructivos: son las llamadas formas de auto-abuso.
- D) Rasgos o estilos de personalidad dentro de los que mencionan la ambición, la impulsividad, la apatía y el pesimismo, la rigidez cognitiva, el rechazo de recibir ayuda y el escapismo.
- E) Situaciones de Estrés: planteado en términos de circunstancias objetivas, condiciones o situaciones personales que causan fatiga, desmotivación y deterioran las capacidades para afrontar problemas. (Casullo, 2004)

### **1.3- Importancia actual de la Neuropsicología.**

El interés por la Neuropsicología ha crecido notablemente en las últimas décadas, influenciado por múltiples factores como son la disminución de la tasa de mortalidad infantil, el incremento de la esperanza de vida, el control de trastornos metabólicos y enfermedades infecciosas, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las secuelas asociadas a traumatismos craneoencefálicos, resultado de accidentes, guerras, desastres naturales, la contaminación ambiental y las conductas adictivas. (Herrera, 2010).

Esta rama del conocimiento nos ubica en un nuevo camino en la investigación del cerebro humano, que permite no sólo un diagnóstico más preciso, sino también una mejor concepción terapéutica y rehabilitatoria e incluso una proyección de considerable alcance en la prevención de muchos trastornos y en la optimización del potencial psicológico de los seres humanos. (Díaz, 2011).

La neuropsicología permite estudiar las relaciones existentes entre el cerebro y la conducta, tanto en sujetos sanos como en aquellos que han sufrido algún tipo de daño cerebral. (Portellano 2005).

Luria (1982) planteó que la neuropsicología tiene dos objetos fundamentales: primero, delimitar aquellas lesiones cerebrales que son causas de alteraciones en conducta específicas, para así poder desarrollar métodos de diagnóstico que detecten la lesión y que esta pueda ser tratada desde sus inicios. El otro objetivo sería realizar un análisis por factores que permite entender mejor aquellos componentes de las funciones psicológicas complejas que se comprende como la actividad en conjunto de diferentes partes del cerebro. Señalando como tarea central el estudio de las relaciones entre las particularidades corticales y funcionales en cada etapa del desarrollo, planteando además que las investigaciones nunca se deben limitar a la indicación sobre la disminución de las formas de actividad psíquica, sino que se debe hacer un análisis cualitativo de la actividad del sujeto que ponga al descubierto dificultades o errores para establecer programas rehabilitatorios y educativos.

Vinculada a esta disciplina se encuentra la obra de Vigotsky, quien elaboró una teoría acerca del desarrollo psíquico del hombre sobre la base del enfoque histórico cultural, jugando un papel determinante la cultura y la historia del individuo, pero sin ignorar lo biológico, planteando que el desarrollo psicológico no transcurre como una simple acumulación de cambios, sino como un proceso dialéctico, complejo, caracterizado por la periodicidad, incluyendo irregularidades en el desarrollo de las diferentes funciones, la interrelación de factores internos y externos, transformaciones cualitativas y procesos adaptativos.

Las investigaciones de Luria, 1978, han posibilitado la creación de un modelo teórico acerca de la organización cerebral. Para ello elabora el concepto de funcionamiento por unidades, que se describen a continuación:

- **La primera** se conoce como **la unidad para regular tono, vigilia y estados mentales**: permite al individuo el mantenimiento de una vigilia y tono cortical necesario para la realización de cualquier actividad, regulando a la vez los estados mentales.

Su localización se realiza en la región del diencéfalo, el tallo cerebral y la formación reticular, esta última es considerada la estructura anatómica más importante, la cual actúa como si fuera un filtro, por lo que está muy relacionada con la atención, la memoria y por ende con la base del aprendizaje. Permite estar atento, en tono y regular el estado emocional para un desempeño lo más óptimo posible.

- **La segunda unidad funcional**, conocida por **unidad para recibir, analizar y almacenar la información**, permite categorizar la información que nos llega, almacenarla y emplearla apropiadamente. Tiene como su localización más general las zonas del neocórtex en la superficie convexa de los hemisferios, que ocupa las regiones posteriores incluyendo las regiones visuales (occipital), auditivas (temporal) y sensorial general (parietal). Está regida por tres leyes básicas, que también son aplicables a la tercera unidad: ley de la estructura jerárquica de las

zonas corticales, ley de la especificidad modal decreciente de las zonas corticales y la ley de la laterización progresiva de las funciones.

- **La tercera unidad funcional** que posibilita **la programación, ejecución y verificación de la actividad**. El individuo no reacciona de forma pasiva ante las informaciones que recibe, tanto del medio externo como interno, precisamente gracias a esta unidad, pues propicia la creación de intenciones, la formación de planes y programas de acciones para ejecutar una respuesta determinada. Lleva además a cabo una verificación consciente de la actividad al comparar los efectos de sus acciones con las intenciones iniciales, haciendo posible la corrección de cualquier error que pueda ser cometido (Luria, 1978). Entre sus funciones puede señalarse, la programación conductual, la intencionalidad, los procesos complejos del comportamiento y la regulación y concentración de la atención.

Estas estructuras están localizadas en las regiones anteriores de los hemisferios, antepuestas al giro precentral. Su localización es específica en el lóbulo frontal y se incluyen las regiones prefrontales. Estos lóbulos abarcan una gran parte del cerebro, aproximadamente una tercera parte y son los últimos en formarse, su maduración completa ocurre en el período de los 7 a los 12 años de edad.

Esta se forma por tres áreas fundamentales: el córtex motor o canal de salida de donde parten las fibras que conducen los impulsos motores a diferentes partes del cuerpo, área secundaria o premotora que se encuentra en las regiones anteriores de los hemisferios antepuestas al giro precentral y que participa en la preparación y organización de los distintos programas motores, y finalmente las áreas terciarias o prefrontales, las cuales ejercen un papel decisivo en la formación de intenciones y programas, en la regulación y verificación de las formas más complejas de actividad humana. Se distingue por su inmensa cantidad de conexiones aferentes y eferentes con el resto de otras estructuras cerebrales, las que lo hacen sistemas neurológicos muy complejos: conexiones recíprocas con el sistema límbico (motivación), sistema reticular activador (atención sostenida), áreas de asociación posterior (sistema organizador de los reconocimientos), y con las zonas de asociación y las estructuras subcorticales (núcleos de la base)

dentro de los mismos lóbulos frontales (sistema de control sobre las respuestas comportamentales) (Bernal, 2004).

“Esta unidad es considerada la unidad inteligente, regula las dos anteriores y está muy vinculada con la creatividad, originalidad y pensamiento creativo del individuo” (Herrera, 2004).

Existen áreas específicas de la corteza prefrontal que son necesarias para distintas funciones: el área de la convexidad dorsolateral se encuentra vinculada con las funciones cognitivas y el área orbitomedial con las funciones emocionales. La corteza orbitofrontal está implicada en la detección y la anticipación del refuerzo futuro, mientras que la dorsolateral utilizaría esta información para planificar, secuenciar y ejecutar conductas complejas dirigidas a la adquisición de estos reforzadores. (Bentosela y Mustaca, 2003)

El lóbulo prefrontal es una de las zonas del cerebro humano más altamente interconectada con otras regiones (Jódar-Vicente, 2004). Integra información procedente de áreas sensoriales, emocionales y de memoria, siendo la región del cerebro que, en último término, guía nuestro comportamiento. Esta parte del córtex sustenta procesos tan relevantes como las funciones ejecutivas, el razonamiento, la planificación, el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la toma de decisiones. A grandes rasgos, la región dorsolateral se encarga de la organización temporal y racional del comportamiento, mientras que las zonas ventromediales tendrían un papel más relevante en el comportamiento emocional (Happaney, Zelazo & Stuss, 2004; Puig, Celada y Artigas, 2004). El área prefrontal está encargada de la regulación de la conducta emocional, adaptándola a las exigencias de cada situación, en el sentido de la ética como la autoconciencia guardan estrecha relación con las conexiones que se establecen entre el sistema límbico y el área prefrontal. La zona de paso entre las áreas límbicas y el córtex prefrontal anterior está fuertemente implicada en el control de los impulsos y la regulación de las emociones (Portellano, 2005), es particularmente en la corteza prefrontal donde se analiza el aquí y ahora y así la presencia de la conducta. Cuando se produce un daño en estas áreas, una de las principales

manifestaciones es el cambio conductual en quien lo sufre, no siendo extraño que esta alteración pueda repercutir en la adaptación social del individuo. De hecho la afección más prevalente entre personas que han sufrido lesiones cerebrales es la alteración en la personalidad (Sánchez y Quemada, 2000)

El sistema límbico no se halla exento de afectación por lesiones en los lóbulos frontales, dado que esta parte del cerebro circunda y bordea el tronco cerebral; se encuentra formado, entre otras estructuras por el hipotálamo, la formación del hipocampo, el área septal, la amígdala cerebral y el giro del cíngulo y está estrechamente vinculado a la actividad de la corteza prefrontal (Goleman, 1995).

El lóbulo prefrontal modula el funcionamiento de las estructuras límbicas, son éstas las que a modo de mostrar funciones primarias advierten sobre los basamentos de la estructura psíquica. Esta área necesita de las estructuras subcorticales para su desarrollo y éstas a su vez requieren del lóbulo prefrontal para su modulación. El lóbulo prefrontal al recibir información del hipocampo y de la amígdala, va formalizando las funciones ejecutivas (Mas Colombo, Risueño y Motta, 2003). Esta construcción una vez establecida permite el ordenamiento temporal de los estímulos, el aprendizaje asociativo, la búsqueda y mantenimiento de la información, la cognición y la metacognición, siendo indispensables para la realización de comportamientos ajustados a la realidad (Acuña y Rivera, 2009).

Los lóbulos frontales hacen posible la orientación general de la conducta. Forman una base orientadora para la acción, observando constantemente su cumplimiento. En este sentido es vital la corrección de errores y la toma de decisiones, en tanto toda actividad humana tiene estructura circular dada por la aferentación de los procesos efectores, corrección de los actos y enriquecimiento de la imagen inicial aferentadora, lo que lleva a comparar, abstraerse, tomar decisiones. No puede existir corrección precisa sin la participación de abstracción, generalización, estrategias correctas de pensamiento, solución de problemas, concediéndole importancia además a la anticipación de posibles errores, evitando la actuación por ensayo-error, donde además, es vital el razonamiento adecuado

que culmine en la toma de decisiones precisas que conduzca al ser humano a ser eficaz socialmente.

La racionalidad de la decisión consiste en evaluar las alternativas disponibles y seleccionar una de ellas, la más factible para el fin deseado, realizando una correcta definición del problema, evaluando limitaciones relevantes, haciendo un uso objetivo y óptimo de la información disponible, generando alternativas en función de diferentes criterios, seleccionando la mejor en función de criterios predictores. La persona debe discernir ventajas y desventajas, hacerlo independientemente y de manera responsable.

En varias investigaciones (Ardila y Rosseli, 1997; Canto, 2010; Estévez, García y Barraquer, 2000; Lopera, 2008; Mas Colombo, Risueño y Motta, 2003; Pineda, 1996; Mederos, 2011) se define como función ejecutiva a un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación, establecimiento de metas, diseño de planes, programas, autorregulación y monitorización de tareas, selección precisa de comportamientos y conductas, flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en tiempo y espacio. Lezak, Howieson, Loring, Hannay y Fischer, 2004 plantean que este concepto se refiere a todas aquellas capacidades que permiten a la persona iniciar y concluir con éxito conductas autosuficientes, independientes y propositivas que no hacen más que explicar el cómo de las conductas humanas.

Dentro de la FE se pueden mencionar:

1. Iniciativa, Volición, Creatividad: Se refiere a la capacidad de ser creativo para inventar opciones y alternativas ante situaciones nuevas y necesidades adaptativas y a la capacidad de activar el deseo y la voluntad para la acción.
2. Capacidad de planificación y organización: se requiere de la planificación y organización planes de acción para llevar a cabo las iniciativas que conduzcan al cumplimiento de metas. Dentro de este aspecto está contemplada la capacidad de formular hipótesis, realizar cálculos y estimaciones cognitivas y generar estrategias adecuadas para resolución de problemas y conflictos.

3. Fluidez y flexibilidad para la ejecución efectiva de los planes de acción: incluye flexibilidad para retroceder, corregir, cambiar el rumbo de los planes de acuerdo a verificaciones de los resultados parciales que se obtengan.

4. Procesos de atención selectiva concentración y memoria operativa: las funciones ejecutivas requieren el concurso de procesos atencionales, de la atención selectiva para acciones específicas y de una adecuada memoria operativa o memoria de trabajo para mantener activos los diferentes pasos y ejecutar con éxito los planes de acción.

5. Procesos de monitoreo y control inhibitorio: se requiere además capacidad de monitorear todos los pasos, inhibir impulsos que puedan poner en riesgo el éxito de un plan y activar otros que dinamicen el proceso y monitorear todos los pasos para garantizar el feliz cumplimiento de los objetivos y las metas. (Lopera, 2008)

La inhibición cognitiva es una capacidad básica de las funciones ejecutivas (Miyake et al., 2000). Implica la habilidad de frenar respuestas dominantes, automáticas o prepotentes (Wu et al., 2011). Según Nigg, (2000) hay tres tipos de inhibición: la ejecutiva y la motivacional, referidas a conductas; y la automática, de tipo atencional. La inhibición ejecutiva está regulada por estructuras límbicas sobre áreas corticales; y la motivacional se correspondería con una actividad de la corteza frontal sobre estructuras subcorticales. Así, la inhibición de respuestas sería propositiva y la de interferencias (atencional) automática. Tienen su naturaleza en los sistemas dopaminérgico y frontal/frontal-estriatal.

Recientemente, se habla más del tema subdividiéndolas en dos grandes bloques (Happaney, Zelazo y Stuss, 2004) siendo éstas las *funciones ejecutivas metacognitivas* referidas a facultades como la solución de problemas, la planificación, la inhibición de respuestas, o el desarrollo e implementación de estrategias y las *funciones ejecutivas emocionales* que tienen que ver con las habilidades para satisfacer los impulsos básicos siguiendo estrategias socialmente aceptables y coordinando las FE metacognitivas. Las FE emocionales equivalen a

la toma de decisiones afectiva o toma de decisiones que desembocan en consecuencias significativamente emocionales.

Las estructuras descritas hasta aquí se encuentran interrelacionadas posibilitando el dinámico desenvolvimiento de los diferentes sistemas funcionales que están en la base de la mayoría de las actividades nerviosas del cerebro, y que son básicas en los procesos cognitivos, afectivos y volitivos del ser humano. Esta organización, por unidades funcionales, permite comprender que si bien existen regiones de trabajo diferenciado en la corteza cerebral con funciones específicas y diferentes, al mismo tiempo el sistema nervioso constituye un órgano único, y es la región correspondiente a la tercera unidad y en especial en los sectores prefrontales de la corteza cerebral, donde se asegura la unidad del individuo, donde las diferentes funciones quedan subordinadas y reguladas a la acción de la voluntad de la persona. (Pérez, 2012)

### ***1.4. Características neuropsicológicas de los adolescentes y su relación con la conducta suicida.***

En la atención sistemática a adolescentes con desviaciones o alteraciones de la conducta se han destacado con frecuencia la presencia de afectaciones neuropsicológicas, las cuales se reflejan en la impulsividad, dificultad para regular su estado emocional, para inhibir las conductas no deseadas y de manera particular, para verificar sus acciones. Por tanto estos elementos de valor fáctico indican la necesidad e importancia de realizar investigaciones de carácter científico en este sentido, siendo oportuna la contribución que puede ofrecer la Neuropsicología del desarrollo en el área infanto- juvenil, tanto en la explicación de los cambios ontogenéticos propios del desarrollo en su relación con el aprendizaje y optimización de las potencialidades humanas, como en la determinación de la estructuración de defectos neuropsicológicos y el análisis de las posibilidades de compensación en diferentes cuadros clínicos. (Torres, 2008)

En la adolescencia, en particular ocurre el desarrollo en las áreas de planeamiento o rendimiento terciario que se da hasta el principio de la edad adulta y está marcado por cambios observados en la estructura de los lóbulos frontales. Esto influye en la

manera en que se espera que un joven tome decisiones y forme vínculos, así como su facultad para resolver problemas en la vida real.

En el desarrollo neuronal de la etapa existen períodos de sinaptogénesis y períodos de pérdida sináptica que ocurren en momentos diferentes en distintas partes del encéfalo. Se ha sugerido que el exceso de producción de sinapsis puede subyacer a la mayor plasticidad que tiene el encéfalo joven; sin embargo, las conexiones neuronales y la cantidad de sinapsis dependen en gran medida del ambiente donde se desarrolle el individuo (Pinel, 2008).

La maduración y desarrollo del cerebro son procesos discontinuos que se cumplen en etapas que nos permiten hablar de una identidad funcional y estructural en la que intervienen factores ambientales, psicosociales y condicionamientos genéticos (Risueño, Motta y Mas Colombo, 2007).

En estudios acerca de la maduración cerebral y la asunción de conductas de riesgos como la suicida, se plantean cambios muy interesantes que ocurren en este período. Las neuronas continúan el proceso de mielinización que se extiende desde los 6 a los 18 años, y se relaciona al desarrollo de las funciones cognoscitivas cada vez más complejas. Con la edad y la estimulación ambiental la plasticidad cerebral va disminuyendo pero no desaparece. Sin embargo se modifica el grado de cambio que pueda tener la experiencia y la intensidad necesarias para producirlos (Whishaw, 2006). El paulatino y constante desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) en estas edades es poco abordado en la literatura científica y en estas características radican las transformaciones neurológicas que pueden describir y explicar las conductas adolescentes, donde el desarrollo del SNC, especialmente de los lóbulos frontales están muy relacionado a las conductas impulsivas típicas del periodo, las cuales son resultado de la necesidad de responder a los requerimientos instintivos, a los deseos o necesidades sin evaluar las consecuencias del comportamiento, desplegando el ejercicio de elegir sin el interjuego entre quiero, puedo y debo basado en la conjunción de presente y proyecto como hilos conductores de la existencia tal como ocurre en las conductas “normales”. La inmadurez en los lóbulos frontales provocan fallos en el proceso cognoscitivo de planificación y formulación de

estrategias, provocando mayor impulsividad, dificultades en la toma de decisiones y problemas para anticipar consecuencias futuras tanto positivas como negativas del comportamiento, y valorar los riesgos de una situación (Bechara, Damasio & Damasio, 2000). Otros cambios afectan al circuito mesolímbico, relacionado con la motivación y la búsqueda de recompensas que se ve afectado por las alteraciones hormonales que se dan asociados a la pubertad. Como consecuencia de esto se produce un cierto desequilibrio entre ambos circuitos cerebrales, el cognoscitivo y el motivacional, que puede generar cierta vulnerabilidad y justificar el aumento de la impulsividad y las conductas de asunción de riesgos (Oliva, 2007).

En la etapa de la adolescencia, existen cambios químicos a nivel hormonal y existen modificaciones en los neurotransmisores ligados a formaciones nerviosas. Así se produce una variación en el balance relativo que a nivel dopaminérgico existe entre la corteza prefrontal, los núcleos estriados y mesolímbicos. Esto conlleva a una predominancia dopaminérgica en el lóbulo prefrontal y un balance dopaminérgico relativo negativo en el núcleo. Es de destacar que este núcleo participa en la regulación de incentivos y estímulos. Como consecuencia se produciría una búsqueda activa de experiencias y sensaciones novedosas en el intento de compensar las deficiencias en los mecanismos de recompensa (Ernst, Pine y Hardin, 2006; Risueño, 2000; Risueño, Motta y Mas Colombo, 2003)

En los adolescentes, por los procesos mencionados, la impulsividad juega un papel preponderante en su conducta. De este modo, muchas veces manifiestan comportamientos riesgosos. No cabe duda que la impulsividad, en cualquier edad que se presente, dificulta al hombre su relación con el mundo y consigo mismo.

La impulsividad se define como la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida, en ausencia de reflexión, y se caracteriza por comportamientos inadecuados, poco planificados y que frecuentemente ponen al individuo en situaciones de riesgo. (Alcázar, Verdejo, Bouso y Bezos, 2010)

Fenomenológicamente, presentan como características distintivas: *la falta de inhibición en el inicio de la acción* relacionada con la percepción que implica el reconocimiento configuracional del estímulo donde el inicio de la acción será

adaptativo o no según sean las metas que dan sentido a la globalidad del comportamiento en el tiempo, cuando es directo y no media ningún proceso de análisis, relación, diferenciación, inferencia, selección, integración y síntesis de los aspectos percibidos con aspectos valorantes internos esa acción estará fuertemente ligada a los estímulos ambientales; la *imposibilidad de postergar el logro del placer*, se sigue de forma inmediata una consecuencia placentera intrínseca sin valorar las consecuencias nocivas derivadas de las mismas y la *falta de flexibilidad* pues no existen posibilidades de modificar el modo de actuar de acuerdo a la situación. Desde el punto de vista neurobiótico esto se corresponde con el concepto de plasticidad no adaptativa; existen conexiones generadas por aprendizaje que no son eficientes y aún así se refuerzan, lo cual podría tener que ver con las primeras impresiones emocionales que guarda celosamente la amígdala. Esto remite nuevamente a posibles fallas en las conexiones con hipocampo y con LPF que explicarían la desorganización conductual carente de sentido comunitario y significación personal. (Mas Colombo, Risueño y Motta, 2003)

La conciencia de mismidad que se construye con la identidad del yo corporal, la identidad del yo psíquico y la identidad del yo social pierde su unidad, su integración, cuando se ve amenazada por las conductas impulsivas, las que desregulan, desordenan y desorganizan la dinámica existencial, haciendo prevalecer lo instintivo, quedando negada la posibilidad de la realización de un proyecto, de un futuro. Sin descartar el goce y el placer, el hombre debe evaluar situaciones, posibilidades y necesidades. Comportamientos que tutelan desde lo neurofuncional los LPF, desde lo cognitivo la FE y desde lo existencial, la libertad responsable y temporalizada. En la adolescencia estas estructuras están en período de maduración lo que explica la ocurrencia de este tipo de comportamiento impulsivo y de riesgo que puede explicar perfectamente la frecuencia de conductas suicidas en estas edades.

Las conductas suicidas, especialmente la ideación y el intento, en la adolescencia constituyen hoy una preocupación para la sociedad en general por las

implicaciones que tienen en el orden personal, familiar y comunitario, y además porque pueden llevar a la pérdida de la vida precozmente. A pesar de la naturaleza multifactorial de estos comportamientos, están muy vinculadas a los propios cambios que ocurren en la etapa, que si bien algunos han sido objeto de múltiples investigaciones, otros han sido poco sistematizados, como es el caso de las características neuropsicológicas. Sin embargo son muchos los aportes que se pueden ofrecer desde la comprensión e interpretación del tema a partir del estudio de los sistemas funcionales, por lo que es necesario implementar acciones con vistas a obtener perfiles de los aspectos neuropsicológicos, como es el caso de la capacidad para planificar y verificar acciones y así implementar estrategias que contribuyan a brindar una intervención integral a estos pacientes realizando una prevención más efectiva.

# *Capítulo II: Metodología*

### ***Descripción de la metodología.***

La investigación para el estudio del problema trazado, se sustenta en el paradigma cuantitativo. Hernández, Fernández y Batista (2006) plantean que “ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de éstos”. La búsqueda principal de este paradigma, consiste en confrontar la teoría con la práctica, detectar diferencias y establecer conexiones y generalizaciones. (Rodríguez, 2011)

Igualmente según el interés del investigador el enfoque cuantitativo puede ser enriquecido con los recursos de la metodología cualitativa.

El proceso investigativo se desarrolló sobre la base del estudio descriptivo – correlacional, el cual por una parte permite evaluar de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver y ofrece la posibilidad de establecer predicciones, en este caso de la capacidad para planificar y verificar acciones y su relación con la conducta suicida. Mientras la correlación del estudio pretende responder a las preguntas de investigación, y tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. (Hernández, et al., 2006)

### ***Diseño de la Investigación.***

Se trabaja con una muestra no probabilística intencional donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas a las características de la investigación, por lo que supone un procedimiento de selección informal (Hernández, et al., 2006).

La muestra se selecciona de forma intencional de acuerdo a los objetivos de investigación, quedando constituida por un total de 60 adolescentes pertenecientes al poblado de Vueltas, municipio de Camajuaní, vinculados a

centros educacionales de nivel secundario y preuniversitario del área de salud. Se distribuyen en dos grupos: el de estudio y el testigo. El primero está conformado por 30 estudiantes que presentan conducta suicida, de ellos 19 han realizado intento y 11 han tenido ideaciones, cuyas edades oscilan entre los 11 y los 18 años de edad, de ambos sexos. El segundo grupo está constituido por igual número de adolescentes que no presentan conducta suicida, con características similares en cuanto a edad, género y grupo escolar, constituyendo estos sus pares.

La investigación se realizó en el período comprendido entre septiembre del 2011 a diciembre del 2012.

El grupo de estudio incluyó a adolescentes con conductas suicidas elegidos intencionalmente a partir de la revisión de las Historias de Salud Individuales y por su asistencia a las consultas de Psicología y Psiquiatría del área de salud.

### **Criterios de Inclusión.**

- Adolescentes cuyas edades se encuentren entre los 11 y 18 años de edad.
- En el caso del grupo de estudio se precisó la presencia de la conducta suicida (ideación o intentos).
- Adolescentes dispuestos a colaborar.

### **Criterios de Exclusión.**

- Adolescentes con conducta suicida con retraso mental, epilepsia, enfermedades crónicas de aparición temprana o traumatismos craneoencefálicos.
- Adolescentes desvinculados del Sistema de Educación.

**Criterios de Salida.**

- Adolescentes que abandonen definitivamente el Sistema de Educación o el área de salud.
- Adolescentes que rehúsen participar en la investigación.

*Tabla No. 2.1 Distribución de la muestra según la edad (fase de la adolescencia) y Grado escolar.*

<b>Edades/ Grado escolar</b>		<b>Grupos</b>	
<b>Edades</b>	<b>Grado escolar</b>	<b>Estudio</b>	<b>Testigo</b>
<b>12- 13</b>	<b>7mo.</b>	5	5
<b>13-14</b>	<b>8vo.</b>	6	6
<b>14-15</b>	<b>9no.</b>	3	3
<b>Total de Adolescentes de Secundaria Básica</b>		14	14
<b>15-16</b>	<b>10mo.</b>	6	6
<b>16-17</b>	<b>11no.</b>	6	6
<b>17-18</b>	<b>12mo.</b>	4	4
<b>Total de Adolescentes de Preuniversitario</b>		16	16
<b>Total</b>		30	30

Tabla No.2.2 Distribución de los grupos de adolescentes según el sexo.

Sexo	Grupos			Total
	Estudio		Testigo	
	Intento S	Ideación S		
Femenino	19	6	25	50
Masculino	0	5	5	10
Total	19	11	30	60
	30			

Tabla No. 2.3 Distribución de la muestra según lugar de procedencia en el grupo estudio.

Total	Procedencia	
	Rural	Urbana
30	13	17

Tabla No.2.4 Distribución de la muestra del grupo de estudio según manifestación de la conducta suicida en relación a nivel de enseñanza.

Manifestación de conducta suicida	Secundaria básica	Preuniversitario	Total
Ideación suicida	5	6	11
Intento suicida sin intentos anteriores	5	10	15
Intento suicida con intentos anteriores	3	1	4

**Métodos y Técnicas.**

1. Consentimiento Informado.
2. Revisión de documentos oficiales (Historia Clínica y Expediente escolar).
3. Entrevista al adolescente.

4. Cuestionario de aislamiento y soledad.
5. Inventario de expresión de la ira (STAXI- 2).
6. Ítems de pensamiento de la batería de diagnóstico neuropsicológico de A. R. Luria.
7. Cubos de Kohs.
8. Simultaneidad de signos.
9. Test Gestáltico Visomotor (Bender)
10. While-Bear Supresión Inventory (WBSI)

***Descripción de las técnicas aplicadas.***

**1. Consentimiento Informado:** Se solicita a cada uno de los adolescentes su consentimiento para participar de la investigación. (Anexo 1)

**2. Revisión de documentos oficiales.** (Expediente escolar e historia clínica de salud). (Anexo 2)

Se recurre a la revisión del expediente escolar con el ánimo de constatar características del adolescente en cuestión, así como otros aspectos de interés durante la trayectoria docente del mismo.

Se revisa la Historia Clínica, tomando como punto de partida el principio que estipula el carácter de documento médico y psicológico que posee la misma. Esta recoge una visión retrospectiva de la vida del sujeto cuando queda confeccionada con rigor y cuando resume cuidadosamente su historia personal, revelando información sobre fenómenos psicológicos, posibles causas de las alteraciones y la evolución del paciente. Se busca indagar en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la conducta suicida en los adolescentes en estudio o antecedentes de salud relevantes en cada caso.

Durante la aplicación de las pruebas se utilizaron diferentes niveles de ayuda, teniendo en cuenta las características generales de la etapa y la complejidad de algunas técnicas. Los distintos niveles de ayuda son:

- Primer nivel de ayuda: Un llamado de atención, repetición de las instrucciones de las técnicas.
- Segundo nivel de ayuda: Ilustración con un ejemplo de igual complejidad que la tarea planteada.
- Tercer nivel de ayuda: Se le ofrece la respuesta correcta y se evalúa si es asimilado.

### **3. Entrevistas a los adolescentes.** (Anexo 3)

La entrevista psicológica es una de las técnicas más antiguas y eficaces de la Psicología debido a las amplias posibilidades de acercamiento al sujeto, la profundización y la improvisación de acuerdo a la tarea clínica u objeto que se persigue con ella. Está comprobada su utilidad por permitir profundizar en aspectos vivenciales y manifestaciones psicopatológicas. Además tiene diferentes niveles de estructuración y puede ajustarse a las características evolutivas de los sujetos.

La entrevista semiestructurada como variante permite, sin acotarse a una estructuración rígida, tener un plan para no desorientarse en su curso, convirtiendo la misma en una conversación donde podemos cumplir el objetivo propuesto e incluso abarcar más de lo planificado inicialmente.

En la investigación las entrevistas estuvieron dirigidas a identificar los elementos del contexto social de desarrollo y variables asociadas a las manifestaciones de la conducta suicida que pueden incidir en el funcionamiento de la capacidad para planificar y verificar acciones de los adolescentes en estudio.

### **4. Cuestionario de aislamiento y soledad de M. M. Casullo (CAS).** (Anexo 4)

Esta técnica aparece en la obra de M. M. Casullo (1998), Adolescentes en riesgo. Tomando como punto de partida las definiciones de aislamiento y soledad se estructura este cuestionario.

*Soledad*: es el deseo no conseguido de mantener relaciones interpersonales estrechas. Es una discrepancia subjetiva entre los contactos sociales deseados y los obtenidos. Es la propia persona quien decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no.

*El aislamiento*: es la tendencia de una persona a estar sola, a aislarse de los demás y evitar vínculos psicosociales.

Considerando la relación entre aislamiento y soledad, la lectura de los trabajos de Sarason (1983, 1987), la escala UCLA diseñada por Russell, Peplan y Actrono (1980) y los trabajos de Lunt (1991) realizados en la Universidad de Londres sobre la percepción de la estructura causal de los sentimientos de soledad, se diseñó el cuestionario autoadministrable integrado por 25 ítems.

Cada uno de los 25 ítems puede contestarse sobre la base de cuatro opciones de respuestas: siempre, algunas veces, casi nunca, nunca. El sujeto que responde asigna un puntaje entre 1 y 4 a cada ítem según estas opciones. Se valora el desánimo, aspectos afectivos, aspectos somáticos, de hipoactividad y relaciones interpersonales.

Doce de los ítems evalúan soledad: 2,3,11,12,23,4,5,9,10,13,15,24.

Trece evalúan tendencias al aislamiento: 1,6,7,8,16,18,19,21,22,14,17,20.

Algunos se computan de forma directa y otros de forma inversa. Para cada una de las dos dimensiones se calcula la media aritmética y la desviación estándar. La técnica posee validez de contenido, de criterio y conceptual de la medida que operacionaliza ambos constructos. Para su calificación se realiza la sumatoria total de todas las puntuaciones la cual es llevada a la siguiente escala:

Sin riesgo: de 1 a 24 puntos.

Bajo riesgo: de 25 a 49 puntos.

Riesgo moderado: de 50 a 74 puntos.

Alto riesgo: de 75 a 100 puntos.

Posteriormente se buscan los ítems que evalúan soledad y los que evalúan aislamiento y se suman de forma independiente para ver en cuál de las dos categorías existe mayor predominio.

Se utiliza con el objetivo de valorar las manifestaciones de aislamiento y soledad de los adolescentes objetos de la investigación.

### **5. Inventario de expresión de la Ira (STAXI- 2) (Anexo 5)**

Es la adaptación española del State-Trait Anger Expression Inventory-2, de Ch. D. Spielberger y ha sido creado para evaluar la ira como rasgo y como estado, sus formas de expresión y sus modos de control en prácticamente toda la población.

El STAXI-2 (versión española) consta de 49 ítems que se presentan distribuidos en escalas y sub-escalas. El sujeto debe leer las instrucciones que aparecen para cada uno de los bloques y responder 1 de las 4 alternativas de respuesta donde:

- A) No en lo absoluto (1 pto).
- B) Algo. (2 ptos).
- C) Moderadamente (3 ptos).
- D) Mucho (4 ptos).

Cada uno de los constructos teóricos evaluados por el STAXI- 2 aparece a través de diferentes ítems de cada una de las escalas. Su distribución dentro de la prueba se muestra en la tabla siguiente:

Tabla No.2.5 Distribución de ítems del STAXI – 2.

<b>Escala sub-escala</b>	<b>Ítems</b>	<b>Rango</b>	<b>Descripción</b>
Estado de Ira	15	15-60	Mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado
Sentimiento	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento.
Expresión Verbal	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos de ira actuales relacionados con la expresión verbal de la ira.

Expresión Física	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos de ira actuales relacionados con la expresión física de la ira.
Rasgo de Ira	10	10-40	Mide la frecuencia con que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo
Temperamento de Ira	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos de ira actuales relacionados con la expresión verbal de la ira.
Reacción de Ira	5	5-20	Mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica.
Expresión Externa de Ira	6	6-24	Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas.
Expresión Interna de Ira	6	6-24	Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados (suprimidos).
Control Externo de Ira	6	6-24	Mide la frecuencia con que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.
Control Interno de Ira	6	6-24	Mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.
Índice de Expresión de Ira	24	0-72	Es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas E. Ext., E. Int., C. Ext. Y C. Int.

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas.

**Ira Estado**

$$E = \sum (\text{Sent.} + \text{Exp. V} + \text{Exp. F})$$

$$\text{Sent.} = \sum (1 + 2 + 3 + 5 + 7)$$

$$\text{Exp. V} = \sum (6 + 9 + 11 + 10 + 12 + 15)$$

$$\text{Exp. F} = \sum (4 + 8 + 11 + 13 + 14)$$

**Ira Rasgo**

$$R = \sum (\text{Temp.} + \text{Reacc.})$$

$$\text{Temp.} = \sum (16 + 17 + 18 + 20 + 23)$$

$$\text{Reacc} = \sum (19 + 21 + 22 + 24 + 25)$$

**Expresión y Control de Ira.**

$$E. \text{ Ext.} = \sum (27 + 29 + 31 + 34 + 38 + 40)$$

$$E. \text{ Int.} = \sum (28 + 32 + 35 + 37 + 39 + 42)$$

$$C. \text{ Ext.} = \sum (26 + 30 + 33 + 36 + 41 + 43)$$

$$C. \text{ Int.} = \sum (44 + 45 + 46 + 47 + 48 + 49)$$

**Índice de Expresión de Ira.**

$$IEI = \sum (E. \text{ Ext} + E. \text{ Int.}) - (C. \text{ Ext.} + C. \text{ Int.}) + 36.$$

Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos que se ofrecen en la técnica para obtener los centiles de cada una de las sub-escalas y escalas. La técnica contiene varias tablas de baremos. En el caso del estado de ira una vez calculado los centiles los mismos son llevados a una tabla en la que se clasifica el nivel de ira estado en cuatro categorías (Alto, Moderado, Bajo y Nulo). La prueba se acompaña de una hoja de perfil donde se acotan los centiles. Esta representación gráfica facilita la comprensión de los resultados.

**6. Componentes de la batería de diagnóstico neuropsicológico de A. R. Luria dirigidos a la investigación del pensamiento. (Anexo 6)**

Esta batería es la propuesta por Luria (1977) para la investigación de las funciones corticales superiores en presencia de lesiones cerebrales locales. En función de los aspectos estudiados en esta investigación sólo se tomaron en cuenta los ítems correspondientes a los procesos del pensamiento, siendo estos los siguientes:

- Formación de conceptos.
- Comprensión
- Comparación.
- Abstracción.
- Generalización.

Lo cual incluye:

### **Comprensión de láminas temáticas y de los textos.**

- Interpretación de refranes y frases metafóricas:

- *“Corazón de piedra”.*
- *“Mano de hierro”.*
- *“Caminar con los codos”.*
- *“Todo lo que brilla no es oro”.*
- *“Más vale pájaro en mano que cien volando”.*
- *“Estar en misa y en procesión”.*
- *“Árbol que nace torcido jamás su tronco endereza.”*

Los refranes poseen una larga historia en el examen del estado mental como tarea diseñada para evaluar el razonamiento abstracto. La Interpretación de Refranes evidencia la independencia del pensamiento y sus estrategias. Su objetivo es identificar las peculiaridades neuropsicológicas del pensamiento en su expresión lógico-verbal.

En esta técnica se utilizaron siete refranes, que posteriormente el paciente investigado tiene que interpretar.

Procedimiento: Para su desarrollo se le explica a la persona: “Ahora se le dará un refrán, Ud. deberá escucharlo detenidamente y posteriormente realizar su propia interpretación”.

En esta técnica, producto del gran rigor cualitativo que presenta, se fue recogiendo toda la información verbal del sujeto investigado de manera escrita. Luego se hizo la transcripción de los contenidos.

Calificación:

a. 3ptos: Realiza interpretación correcta generalizándolo a otros contenidos.

- b. 2ptos: Realiza interpretación dentro del marco de referencia del refrán pero no hay generalización a otros contenidos.
- c. 1ptos: Realiza interpretación pero con dificultades en el análisis y la síntesis.
- d. 0ptos: Interpretación errónea del refrán.

### **Formación de conceptos.**

- Definir palabras: mesa, tractor, árbol, isla, perro, niño.
- Comparación y diferenciación de los conceptos:
- ❖ *Se proponen pares de conceptos que debe comparar y hallar lo que tengan en común denominándolos con una misma palabra:*
  - Mesa y silla (muebles).
  - Vaso y plato (vajillas).
  - Lápiz y goma (utensilios para escribir).
  - Gato y perro (animales).
  - Rosa y clavel (flores).
  - Casa y edificio (construcciones).
- ❖ *Diferencia qué separa a las siguientes categorías o conceptos:*
  - Pez y pescado.
  - Relámpago y trueno.
  - Lago y río.
  - Lluvia y llovizna.

En el caso de la formación de conceptos, se definen palabras y se comparan y diferencian los conceptos; investigándose los procesos de análisis y síntesis del pensamiento.

En la valoración de las respuestas de los pacientes hay que tener en cuenta si ellos logran distinguir entre los rasgos esenciales de semejanza y diferencia de los conceptos. La inhabilidad para distinguir los rasgos de semejanzas y también los rasgos esenciales de diferencia, evidencia la debilidad de las generalizaciones del paciente y su inclinación hacia el pensamiento concreto.

En estos ítems se otorga un punto por cada respuesta correcta, siendo el máximo 16 puntos.

**Pensamiento discursivo.** Solución de problemas.

- Problemas matemáticos:

*“Raúl tenía dos naranjas y Ramón 6. ¿Cuántas naranjas tenían entre los dos?”*

*“Katia tenía 7 mangos y regaló 3. ¿Cuántos les quedan?”*

*“María tenía 4 naranjas y Sonia 2 naranjas más. ¿Cuántas tenía Sonia y cuántas tenían entre las dos?”*

*“Un hombre camina hasta la terminal en 15 minutos y un ciclista marcha 5 veces más de prisa. ¿Cuánto tiempo tarda el ciclista en llegar a la terminal?”*

Se incluye esta técnica teniendo en cuenta los planteamientos de A. Labarrere, quien ha señalado que la solución de problemas es uno de los aspectos más fundamentales a considerar en la investigación psicológica del pensamiento, y también considerando los señalamientos de A. R. Luria al respecto. Específicamente este autor enfatizó en que la estructura esencial de los procesos intelectuales se puede detectar cuando las personas resuelven sus problemas. En relación con esto, varios autores han afirmado que en la solución de un problema aritmético se puede destacar la estrategia general (fijación del objetivo, obtención del plan de acción y la táctica espacial) que radica en encontrar y realizar correspondientes operaciones auxiliares.

El objetivo de esta técnica es conocer el funcionamiento de las operaciones del pensamiento, desde el punto de vista neuropsicológico, en la solución de problemas.

La técnica Solución de problemas está compuesta a partir de diferentes problemas en grado de complejidad. Aquí se trabajan cuatro de ellos; los dos primeros se pueden denominar problemas sencillos, el tercero presenta más complejidad pues demanda e incluye pruebas de prototipo que requieren la remodificación de las condiciones y la introducción de nuevos elementos y el cuarto es más difícil puesto que los métodos correctos de solución involucran la inhibición del método impulsivo directo.

Procedimiento: Se le dice a la persona: “Se le leerá un problema, usted debe escucharlo detenidamente y posteriormente solucionarlo, puede emplear cualquier instrumento ya sea papel, lápiz o lapicero “.

Calificación:

Indicadores valorados:

1. Productividad: Puntuación por el nivel del problema.

a) Cuando soluciona problemas a nivel más complejos (5ptos)

b) Soluciona problemas correspondientes menos complejos (4ptos)

c) Soluciona problemas correspondientes menos complejos, sin embargo no resuelven problemas sencillos (3ptos)

d) Soluciona problemas sencillos (2ptos)

e) Soluciona problemas más sencillos (1ptos)

f) No soluciona ningún problema (0ptos)

2. Constancia: Puntuación en función de la capacidad de establecer los objetivos de una tarea, mantener la direccionalidad y consecución en la solución de esta.

a. Alta (2ptos): El sujeto es capaz de delimitar el objetivo de la tarea y durante toda la ejecución se dirige a su consecución sin perder la direccionalidad, lo que culmina con la solución acertada al problema.

b. Medio (1pto): Aunque establece el objetivo, no se mantiene constancia en la dirección de la tarea, por lo que precisan de los niveles de ayuda. A pesar de estas dificultades el sujeto asimila la ayuda y llega a la solución.

c. Bajo (0ptos): Dificultades para la determinación del objetivo, se incluyen en esta categoría los que no logran comprender el objetivo de la tarea o aquellos que aunque lo delimiten no lo conservan durante la realización de la actividad, siendo incapaces de asimilar los niveles de ayuda.

### **7. Cubos de Kohs. (Anexo 7)**

La técnica de Kohs fue creada en 1923. Permite investigar la actividad intelectual práctica (no verbal) mediante la solución de problemas de construcción. Presupone la distinción de los elementos instructivos necesarios en un contorno

percibido directamente, que debe ser formado con distintos cubos de pequeñas dimensiones.

El análisis de esta prueba evidencia que los elementos constructivos no coinciden con la impresión directa. El problema puede ser resuelto correctamente solo en caso de que se efectúe un trabajo previo de recifrado de los “elementos de impresión” en “elementos de construcción”, es decir, en caso de conservación de la orientación en el espacio y del análisis de las correlaciones espaciales.

En esta investigación se utilizó la variante incluida dentro del protocolo del WAIS (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos).

Las instrucciones a seguir en la ejecución de esta prueba son las siguientes:

- Empezar siempre por el dibujo # 1. Coger 4 cubos y decir: “Vea estos bloques: son todos semejantes; tienen algunas de las caras completamente rojas, algunas completamente blancas y otras mitad blancas y mitad rojas”.
- Dar vueltas a los cubos para mostrar las diferentes caras. Después decir: “Voy a ponerlos juntos para hacer un dibujo. Observe lo que hago”.
- Colocar despacio los cuatro cubos de acuerdo con el dibujo de la lámina # 1 sin mostrar la lámina al sujeto. Después, dejando el modelo intacto dar otros cuatro cubos al sujeto y decirle: “Ahora haga usted uno como este”.
- Poner en marcha el cronómetro.
- Si el sujeto completa el dibujo dentro del tiempo límite, concederle 4 puntos y continuar con el dibujo # 2. Si no lo completa del tiempo estipulado o no lo hace correctamente retirar sus cubos dejando el modelo del examinador intacto y decirle: “Mire otra vez como lo hago”.
- Hacerle una segunda demostración usando los cubos del sujeto, mezclándolo después (dejando aún el modelo del examinador) y decirle: “Ahora inténtelo usted y asegúrese de que hace un dibujo exactamente igual al mío”.
- Tanto si acierta como si fracasa en su intento, seguir con el dibujo # 2

A veces, algún sujeto intentará reproducir exactamente el modelo del examinador incluyendo las caras laterales. Cuando esto ocurre en el dibujo # 1, decirle que necesita reproducir la parte superior.

### Dibujo # 2

Mezclar los cubos utilizados por el sujeto en el ejercicio anterior, retirar los que sirvieron como modelo y poner en su lugar la tarjeta marcada con el # 2. Decir: “Esta vez vamos a colocar los bloques juntos de tal manera que reproduzcan este dibujo. Observe primero como yo lo hago”.

- Construir el dibujo lentamente, dando al sujeto la oportunidad de ver que reproduce el modelo de la tarjeta # 2.

- Después mezclar los cubos utilizados en la demostración, colocarlos delante del sujeto y decir:

“Ahora observe el dibujo y haga uno igual con estos bloques. Empiece y avíseme cuando halla terminado”.

- Si el sujeto acierta en este intento seguir con el dibujo # 3. Si falla, hacerle una segunda demostración diciéndole: “Mire otra vez como yo lo hago”.

- Después de hecho el dibujo mezclar los cubos y decir: “Ahora inténtelo usted”.

- Acierte o no en segundo intento, seguir con el dibujo # 3.

### Dibujo # 3-10

- Colocar la tarjeta para el dibujo #3 y darle de nuevo los 4 cubos diciéndole: “Ahora haga uno como este, avíseme cuando haya terminado”.

- Cuando el sujeto indica que ha terminado o al final del tiempo límite, mezclar los cubos presentarle la tarjeta # 4 con la observación: “Ahora haga uno como este, dígame cuando termina”.

- Seguir este procedimiento para todos los dibujos siguientes.

- A partir del dibujo # 7 darle otros 5 cubos y decir: “Ahora haga un dibujo como este usando 9 bloques. No se olvide de avisarme cuando halla terminado”.

- En el dibujo # 10 no permitir que el sujeto de vueltas a la tarjeta para dar al dibujo una base horizontal. De todos modos puntuar como acierto si su reproducción del dibujo ha sufrido una rotación de 45°.

Tiempo límite.

Dibujo # 1-2: 60 seg. (Para cada intento por separado)

Dibujo #3-6: 60 seg.

Dibujo # 7-10: 120 seg.

Registrar el tiempo empleado por cada sujeto, si lo ha hecho correctamente dentro del tiempo límite. Se dan ciertas bonificaciones por rápida ejecución para los dibujos del 7 al 10, de acuerdo con la tabla que se incluye posteriormente.

Terminación de la prueba.

Después de 3 fracasos consecutivos. El fallo en los 2 intentos del dibujo #1 se considerará como un solo fracaso, lo mismo con respecto al dibujo # 2.

Puntuación.

Dibujo # 1-2

Primer intento 4 puntos en cada uno.

Segundo intento 2 puntos en cada uno.

Dibujo #3-6

4 puntos en cada uno.

Dibujo #7-10

4 puntos por cada dibujo bien hecho.

Ver la tabla siguiente para las puntuaciones que incluyen bonificación por tiempo. Las puntuaciones indicadas se basan en las soluciones correctas dentro del tiempo límite. No se puntúan los dibujos parcialmente correctos o incompletos.

### **8. Variante de la prueba de simultaneidad de signos. (Anexo 8)**

Propuesta por U. M. Kogan y E. A. Korova con el objetivo de investigar las alteraciones del proceso atencional en adultos. Sin embargo se ha demostrado una gran eficacia para explorar el grado de atención en los niños con anomalías del desarrollo psíquico. En 1968 se aprueba una variante para niños específicamente introducido en Cuba por el Doctor Luis Felipe Herrera 1989.

Se utilizan tarjetas de 5 x 5 cm. con figuras de 5 colores. Se necesita un tablero de 30 cm. cuadrados divididos en 25 casillas, una línea superior ocupada por diferentes figuras geométricas y en la columna izquierda vertical se observan 5 colores diferentes.

En cada una de las 25 tarjetas están representadas las figuras en color y formas correspondientes a la combinación de signos.

Las tarjetas son barajadas en cada etapa de trabajo.

4 etapas:

1. Se realiza un conteo simple de las tarjetas. La instrucción que se le da al menor es la siguiente: “cuente en voz alta todas las tarjetas lanzándolas una a una en la mesa”.
2. Se realiza conteo con distribución según el agrupamiento por color. Instrucción: “ahora contarás estas tarjetas y al mismo tiempo las organizarás en grupo según el color”.
3. Se realiza el conteo y agrupación según forma. Instrucción: vas a volver a contarlas y agruparlas no por color sino por forma, es decir a la vez que cuentas vas haciendo grupo con las diferentes figuras.
4. Contar según color y forma. Es aquí donde se presenta el tablero y se dice: Ahora tú debes encontrar el lugar de cada tarjeta en el tablero y colocarlas fijándote al mismo tiempo tanto en el color como en forma, aquí como antes debes contarlas en voz alta. De ser necesario se hace una demostración para que sea comprensible.

En cada etapa se ofrecen niveles de ayuda que le permiten realizar correctamente la tarea. En el protocolo utilizado se registra el tiempo usado cada 5 tarjetas y el tiempo general, así como el nivel de ayuda requerido. Se anotan los detalles más significativos, mantener estimulación constante.

*Interpretación:* Puede realizarse un análisis cualitativo de las particularidades de la capacidad de trabajo.

El tiempo invertido en la suma del conteo con agrupación de forma y color deberá ser aproximadamente igual al tiempo invertido en el conteo con ubicación de las tarjetas en el tablero.

Si sucede que el tiempo de la 4ta serie sobrepasa la suma de los tiempos de la 2da y 3ra etapa, esta magnitud de no correspondencia se designa con el concepto

de déficit. Se considera la existencia de déficit cuando la numeración es superior a 1 minuto.

Existen dificultades en la distribución de la atención cuando el sujeto comete errores pero inmediatamente rectifica. Cuando no se da cuenta de los errores, se le corrige y continúa errando, es indicador de alteración en la distribución de la atención.

Dificultades en el tránsito de una tarea a otra pone de manifiesto dificultades en la conmutación de la atención.

Análisis de las alteraciones en la capacidad de trabajo:

1. Errores en el agrupamiento por la forma, color y forma, color y forma –color-posición.
2. Déficit manifiesto cuando la diferencia del tiempo invertido en la 2da y 3ra etapa es mayor que un minuto.

Calificación:

$V = IV - (III + II)$                        $V < 4$ : no hay déficit.

$V < 1$ : hay déficit.

### **9. Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.**

Es una prueba que inicialmente fue utilizada para medir el nivel intelectual en niños a partir de la maduración visomotora. Posteriormente se derivó en lo que hoy conocemos como Bender Santuci cuya calificación es cualitativa. En los adultos se interpreta de forma cualitativa evaluando daño orgánico y trastornos visomotores. El test puede usarse también para el diagnóstico de la normalidad del desarrollo de la percepción y de la coordinación sensomotriz, para la determinación del nivel mental o el retrasado mental, para el diagnóstico de la madurez escolar y de las lesiones cerebrales, además nos ofrece datos importantes sobre el estado de los procesos del pensamiento de ahí que se haya decidido su aplicación.

*Instrucciones:* “Te voy a pedir que copies unos dibujos, te aplicarás bien para copiarlos tan exactamente como puedas”. Entonces, ponemos ante el sujeto el

primer dibujo diciendo: aquí está el primero, son nueve en total, empieza aquí (se indica el borde superior izquierdo de la hoja puesta en sentido longitudinal), así tienes lugar para todos. Si el sujeto no obedece a esta instrucción no intervenimos, le colocamos delante sucesivamente los ocho dibujos restantes, a medida que van terminando la copia, al colocar el noveno le decimos: “este es el último”. En principio no intervenimos más, si el sujeto insatisfecho quiere recomenzar su dibujo se lo permitimos, pero es la primera copia la que cuenta para la anotación. Se califican cualitativamente según las alteraciones presentes, características de los pacientes orgánicos, de la forma siguiente:

1. Fragmentación perceptual (nivel concreto- motor).
2. Rotación.
3. Desplazamiento.
4. Figuras ampliadas.
5. Perseveración.
6. Dificultad en los ángulos
7. Sustitución de elementos.
8. Prolongación de líneas.

Para la evaluación del test es importante no solo la calidad del dibujo, orden de líneas dibujadas, viraje del papel, comparación del dibujo con la figura presentada. El éxito del dibujo se evalúa según la complejidad de la lámina (1-3 puntos) el fracaso significa 0 puntos. En esa evaluación no se tiene en cuenta la calidad de la forma, la localización en el espacio, posición de las partes de la figura, cantidad de las partes y tamaño de los detalles

### **10. While- Bear Supresión Inventory (WBSI).** (Anexo 9)

La supresión de los pensamientos es un tipo de control mental, una tendencia a eliminar determinadas ideas y procesos de la conciencia que se manifiestan de forma estable y repetida. La supresión de estas ideas rumiativas es una de las estrategias más utilizadas para evitar la presencia de pensamientos negativos y permitir que otras ideas compitan con la rumiación que consume parte de los

recursos cognitivos. Esta técnica fue creada por Wenger y Zanakos en 1994, y validada en Cuba por C. Casanova y L.F Herrera durante el trabajo con pacientes neuróticos en una tesis de terminación de maestría en Psicología Médica (2004). Es una medida de autoinforme que evalúa la tendencia natural del individuo a suprimir pensamientos negativos. La misma está compuesta por 15 ítems.

En el actual estudio se emplea con el objetivo de detectar la presencia de pensamientos rumiativos en los adolescentes con conducta suicida y sus pares, así como explorar el nivel de supresión de estos pensamientos.

Procedimiento: Para su aplicación se le pide a la persona que indique el grado en el que está de acuerdo con las diferentes frases que le son presentadas. Debe atenerse a la escala brindada que varía desde a): nada de acuerdo hasta e): totalmente de acuerdo.

Calificación: Para su calificación general se adiciona el valor numérico de cada ítem seleccionado: a)-1, b)-2, c)-3, d)-4, e)-5, hasta arribar a una puntuación máxima de 75 puntos, permitiendo ubicar al sujeto en uno de los siguientes rangos:

- Pensamiento Rumiativo Alto: 55 puntos ó más.
- Pensamiento Rumiativo Normal: de 31-55 puntos.
- Pensamiento Rumiativo Bajo: menos de 31 puntos.

Interpretación: Se analiza la puntuación de la técnica, en la medida en que se incrementen los valores en la prueba, mayor será la tendencia a suprimir estas rumiaciones, por lo tanto una puntuación elevada indica alta supresión de pensamientos.

En los resultados del test también se analizan tres factores propuestos por Luciano & Algarabel: pensamiento intrusivo indeseado, pensamiento supresivo y autodistracción (Luciano & Algarabel, 2007). En la calificación de estos criterios se toma en consideración la orientación de cada ítem:

- Pensamiento intrusivo indeseado: ítems 3, 4, 5, 9 y 15.
- Pensamiento supresivo: ítems 1, 6, 11, 12 y 14.
- Autodistracción: ítems 2, 7, 8, 10 y 13.

Estos elementos puntúan de la manera anterior alcanzando como máxima evaluación 25 puntos. En la medida en que se incrementen los resultados, mayor será la incidencia de estos factores.

### **Procedimiento.**

Para la realización de la investigación se solicitó previamente la autorización de los directivos de las diferentes escuelas y de los padres. Se seleccionan los adolescentes para formar parte de la muestra en el grupo de estudio a partir de la revisión de las historias clínicas y por su asistencia a las consultas de Psicología y Psiquiatría del área de salud, solicitando el consentimiento informado.

Se trabajó de forma individual, garantizando las condiciones ambientales básicas para la aplicación de las pruebas, las cuales se distribuyeron por sesiones de trabajo de forma que no produjeran agotamiento o fatiga que pudiera influir negativamente sobre los resultados investigativos.

#### *Sesiones de trabajo:*

1. Sesión:

- Revisión de documentos.
- Entrevistas individuales a los adolescentes.

2. Sesión:

- Test Gestáltico Visomotor de L. Bender (Bender).
- Cubos de Kosh.
- While-Bear Supresión Inventory (WBSI)

3. Sesión:

- Simultaneidad de signos.
- Componentes de la batería de diagnóstico neuropsicológico de A. R. Luria dirigidos a la investigación del pensamiento.

4. Sesión:

- Cuestionario de aislamiento y soledad (CAS).
- STAXI- II.

### **Descripción y operacionalización de las variables a estudiar.**

Género: Femenino o Masculino

Adolescencia: Esta etapa se caracteriza por significativos cambios biológicos, por una posición social intermedia entre el niño y el adulto, en cuanto a status social, ya que el adolescente sigue siendo un escolar, depende económicamente de sus padres pero posee potencialidades psíquicas y físicas muy semejantes a la de los adultos. (Domínguez 2003) De acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la OMS, la adolescencia se define como el período de la vida en el cual se adquiere capacidad reproductiva, cambian los rasgos psicológicos de la niñez y se consolida la independencia socio-económica. Es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años que coincide con la edad donde se cursan estudios secundarios) y la adolescencia tardía (15 a 19 que coincide con los estudios preuniversitarios).

Conducta suicida: incluye:

- Ideaciones suicidas: se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney, et al. 1989). Consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia, y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: idea suicida sin un método específico; idea suicida con un método específico no planificado; plan suicida o idea suicida planificada.
- Intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, es aquel acto sin resultado de muerte, en el cual el individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo (García, Pineda, Almaguer, Gómez, Martínez, 2011).

Ira: Estado o condición emocional psicobiológico displacentero que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo. Se concibe como una reacción emocional, que al igual que las demás, facilita la adaptación del ser humano al mundo que le rodea. Si se manifiesta de forma incontrolada, puede dar lugar a problemas de salud y de convivencia, tanto en la persona que vive la emoción, como en las que le rodean, generando problemas en el área escolar o laboral, la familia y en las relaciones personales. (Alonso, 2009).

Se asume la diferenciación de la ira como estado y como rasgo realizada por Spielberger.

- Estado de ira: situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia. Desde el punto de vista psicobiológico va unida a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. Desde el punto de vista vivencial la ira incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia.

- Rasgo de ira: tendencia o propensión individual a percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a reaccionar con incrementos del estado de ira. Son personas más propensas a experimentar los estados de ira con mayor frecuencia e intensidad.

- Planificar y verificar acciones: Las estructuras de la tercera unidad funcional están localizadas en las áreas prefrontales y frontales de la corteza cerebral. Permite corregir acciones, planificar actos, se considera la unidad inteligente, regula las dos anteriores y está muy vinculada con la creatividad, originalidad y pensamiento creativo del individuo. Se desarrolló en la ontogenia con la influencia que se recibe del medio, es decir con la estimulación, de aquí su enorme papel en la educación.

***Estrategia estadística para el procesamiento de la información.***

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos facilitada por el paquete estadístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) versión 20.0 para Windows. En la estadística inferencial se utilizó el test U de Mann-Whitney para definir la significatividad de la diferencia de los grupos entre sí en relación a sus medias. Se les aplicó, además, el método porcentual y la representación gráfica para expresar numéricamente los resultados obtenidos de las técnicas aplicadas, dándole una interpretación cualitativa a los mismos. Los resultados de las técnicas para su mayor comprensión serán mostrados en tablas.

Los datos obtenidos en los métodos de entrevistas y análisis de documentos son procesados en la técnica de porcentaje para lograr determinados valores predominantes entre el comportamiento de cada indicador con respecto al total de los sujetos trabajados.

En todas las técnicas aplicadas se realizaron interpretaciones psicológicas de la información obtenida.

*Capítulo III:*  
*Análisis de los*  
*Resultados*

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta los objetivos planteados para la investigación y las particularidades de cada una de las técnicas. Los datos que admitieron un procesamiento estadístico-matemático, se les aplicó el test no paramétrico U de Mann Whitney; en otros casos se hizo un análisis porcentual. Siempre se realizó una interpretación psicológica de la información obtenida en las técnicas aplicadas.

Se comenzó la interpretación de los resultados por la revisión de documentos oficiales (Historia clínica individual y Expediente escolar) y las entrevistas individuales a los adolescentes; por último se realizó el análisis de las demás técnicas psicológicas elegidas específicamente para la investigación. Posteriormente se elaboró un análisis integral que brindó una visión más completa del problema objeto de estudio y que permitió el establecimiento de nexos y relaciones causa - efecto con mayor claridad.

Al examinar la muestra de acuerdo a su composición según el sexo se encontró que el 83.3% del grupo de estudio pertenecía al sexo femenino, mientras que la edad promedio fue de 15 (14.7) años, destacándose la frecuencia de la edad de 16 años, seguido por 13 y 14, las que se comportaron de igual modo si analizamos internamente el grupo de estudio diferenciando la ideación suicida del intento. De acuerdo a la etapa dentro del período de la adolescencia, teniendo como referente los criterios de la OMS, hubo un predominio de la adolescencia media o tardía, de 15 a 19 años representado por un 53.3% mientras que el 46.7% pertenecía a la pubertad o adolescencia inicial, de 10 a 14 años, que coinciden con los estudios secundarios o preuniversitarios respectivamente.

En relación a la procedencia en ambos grupos el 63.3% de los adolescentes habitaban en zonas urbanas, mientras que el 36.7% pertenecía a localidades rurales, pues se igualaron en la selección de la muestra. Sin embargo cuando se analizó el grupo estudio, se encontró que la mayoría provienen de un medio urbano.

El grupo de estudio tuvo un predominio de adolescentes que realizan un único intento suicida, representado por el 50%, seguido por la presencia de ideaciones

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

para un 36.7% y por último los escolares que han realizado más de un intento para un 13.3% (encontrándose 3 adolescentes con un intento previo y una con 2).

**Tabla No. 3.1 Distribución de la muestra según Edad (fase de la adolescencia) y Grado escolar.**

Edades/ Grado escolar		Grupos			
Edades	Grado escolar	Estudio	%	Testigo	%
12- 13	7mo.	5	16.7	5	16.7
13-14	8vo.	6	20	6	20
14-15	9no.	3	10	3	10
<b>Total de Adolescentes de Secundaria Básica (adolescencia inicial o temprana)</b>		<b>14</b>	<b>46.7</b>	<b>14</b>	<b>46.7</b>
15-16	10mo.	6	20	6	20
16-17	11no.	6	20	6	20
17-18	12mo.	4	13.3	4	13.3
<b>Total de Adolescentes de Preuniversitario (Adolescencia tardía)</b>		<b>16</b>	<b>53.3</b>	<b>16</b>	<b>53.3</b>
Total		30	100	30	100

**Tabla No.3. 2 Distribución de la muestra según el sexo y conducta que presentan.**

Sexo	Grupos						Total
	Estudio				Testigo	%	
	Intento S	%	Ideación	%			
Femenino	19	63.3	6	20	25	83.3	50
Masculino	0	0	5	16.7	5	16.7	10
<b>Total</b>	19	63.3	11	36.7	30	100	60
	30						

**Tabla No.3.3 Distribución de la muestra según lugar de procedencia de ambos grupos.**

Total	Procedencia			
	Rural	%	Urbana	%
30	11	36.7	19	63.3

**Tabla No. 3.4 Distribución de la muestra del grupo de estudio según manifestación de la conducta suicida en relación a nivel de enseñanza.**

Manifestación de la conducta suicida	Secund. Básica	%	Preuniversit.	%	Total	%
Ideación suicida	5	16.7	6	20	11	36.7
Intento suicida sin intentos previos	6	20	9	30	15	50
Intento suicida con intentos previos	3	10	1	3.3	4	13.3

**Revisión de documentos oficiales.** (Historia clínica de salud individual y el Expediente escolar)

Al analizar la información de los expedientes escolares se encontró que en ambos grupos hay un predominio de un rendimiento académico normal, sin embargo se hallaron diferencias en los resultados docentes pues se observó en el grupo de estudio mayor número de adolescentes con bajo aprovechamiento académico, teniendo 11 estudiantes (36.7%) con notas de menos de 65 puntos para una calificación general de regular mientras que en el grupo control solo tuvieron estos resultados 3 adolescentes, es decir un 10%. No se percibieron datos relevantes referidos a la conducta en el ámbito escolar. Solo señalar que en el grupo de estudio se encontraron reseñadas dificultades en la adaptación escolar lo que fue

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

plasmado por distintos profesores, especialmente ante el cambio del nivel de enseñanza.

A partir de la información contenida en la Historia clínica de salud individual si se observaron diferencias entre los grupos, destacándose los antecedentes de atención psicológica en el grupo de estudio (18 adolescentes para un 60%) fundamentalmente por trastornos situacionales transitorios, sintomatología ansiosa, depresiva o alteración de la esfera conductual fundamentalmente por hiperactividad e impulsividad, no siendo así en el grupo de control.

En el acápite correspondiente a los antecedentes patológicos personales, prevalecieron en ambos grupos, los adolescentes supuestamente sanos seguido por los grupos de riesgo (dispensarizados como riesgos de accidentes, de ITS, RPC o sociales) y las enfermedades crónicas, dentro de la que se destaca el asma bronquial. No se hallaron otros datos referidos al desarrollo psicológico de los escolares en investigación.

Se constató la presencia de antecedentes patológicos familiares en el grupo de estudio asociados a la conducta suicida encontrando historiales de suicidio e intentos suicidas (7 para un 23%), trastornos depresivos (5 para un 16%), alcoholismo (3 para un 10%), otros sin especificaciones (6 para un 20%); a diferencia del grupo de control en el cual son menos frecuentes estos antecedentes (2 de suicidio para un 6%; 4 trastornos psiquiátricos sin especificación exacta para un 13.3% y 3 de alcoholismo para un 10%. En el grupo de estudio los familiares con antecedentes de suicidio fueron fundamentalmente los más cercanos, padres, hermanos y abuelos, mientras que en el grupo de control fueron otros miembros de la familia.

En cuanto a las relaciones en la esfera familiar los datos más significativos que se recogieron son los relacionados a la presencia de estilos educativos inadecuados, fundamentalmente la permisividad, la inconsistencia y la sobreprotección en el grupo de estudio. Además se encontraron adolescentes que vivencian maltrato y abandono familiar (3), no hallando referencias en el grupo de control. En ambos la

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

proporción de participantes con hermanos excedió a la de los hijos únicos (49 adolescentes para un 81%).

En el caso del grupo de estudio, específicamente los adolescentes con intentos suicidas, se revisaron las encuestas de salud, como parte de la historia clínica, donde se obtuvo que el método utilizado en todos los casos de intento suicida fue la ingestión de fármacos, con un total de 19 que se corresponde al 100% de los intentos realizados en el área, de ellos 14 con psicofármacos y 5 con otros medicamentos. Esto coincide con estudios recientes (Rodríguez, Pedraza y Burunate, 2004) que plantean que la sobredosis de psicofármacos es el método principal del intento suicida en adolescentes seguido por la ingestión de otros fármacos.

En cuanto a la letalidad del método usado todos fueron considerados poco serios donde existe alguna intención de llevar a cabo el suicidio, motivado por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad donde se busca más una ganancia que la muerte, por tanto ocurrieron sin planificación previa. En todos los casos los sujetos avisaron a los familiares una vez realizado el intento a excepción de una adolescente que informa a los coetáneos. La conducta estuvo motivada por conflictos con la pareja (10 casos para un 52.6% en edades entre 15 y 18 correspondiente con el período preuniversitario) y con la familia (9 adolescentes para un 47.4% en edades entre 11 y 14 correspondiente al período de secundaria básica), lo que se debe a que en la adolescencia inicial hay una intensificación de los conflictos con la familia que suelen disminuir a finales de la etapa, además aparecen los sentimientos relacionados con el amor, que se intensifican en la adolescencia tardía donde las relaciones de pareja ganan en significación aunque el grupo no deja de tener importancia (Domínguez, 2003).

#### **Entrevistas individuales a los adolescentes.**

Las entrevistas permitieron corroborar la información obtenida y profundizar en otros aspectos relevantes. (Anexo 2)

Respecto a los síntomas y síndromes clínicos vivenciados por los adolescentes con conducta suicida, en el pasado o en el momento de la investigación, se

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

encontraron tristeza, apatía, desmotivación ante actividades cotidianas, depresión, ansiedad, complejos, dificultades en las relaciones interpersonales, existiendo en los varones una tendencia a presentar alteraciones en la conducta especialmente en el contexto escolar. En el caso de los adolescentes que presentaron ideaciones suicidas los síntomas depresivos fueron dominantes y vigentes. En el grupo control, aunque algunos casos hicieron referencia a vivencias emocionales negativas, no se hallaron con altos grados de intensidad.

En la esfera personal, en el grupo de estudio, se destacaron preocupaciones relacionadas a la valoración del grupo a la a partir de la conducta suicida así como en torno al tema de pareja y por la familia. Se hallaron en ambos grupos características como la inseguridad, dependencia, impulsividad, dificultad para controlar estados de ánimo, importancia de los iguales, preocupaciones por la apariencia física, como manifestaciones de la etapa pero fueron más profundas en el grupo estudio. Los adolescentes con conducta suicida manifestaron sentimientos de soledad, desesperanza, insatisfacción con el apoyo social y familiar recibido. En los casos con ideaciones suicidas predominan cuadros depresivos provocados en su mayoría por situaciones y acontecimientos del entorno, evidenciando dificultades en modos de afrontamiento, en la capacidad de solucionar conflictos, de crear planes en función de los mismos, expresando frustraciones, complejos, sentimientos de inferioridad.

En el contexto escolar en el grupo de estudio se observaron dificultades en las relaciones interpersonales, dadas fundamentalmente por el maltrato entre pares, donde en muchos casos refirieron ser sometidos a burlas de los coetáneos, rechazo, incluso por algunos docentes (6 adolescentes para un 20%) donde se apreció baja comunicación. Fue significativo además el bajo aprovechamiento académico y en el caso de los varones las alteraciones de la conducta.

La mayoría de los adolescentes no tenían ideado un plan para suicidarse sino que surgió como una alternativa de solución del conflicto que vivenciaban en el momento sin detenerse a pensar en la dimensión real de la muerte. Entre los móviles esenciales se hallaron la posibilidad de escapar de una situación que era

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

percibida como insoportable o desesperada e incluía en sí un gran llamado de atención, unido a ganancias secundarias (dígase para no perder la pareja, como respuesta al divorcio, para lograr un deseo en el ámbito familiar); estas últimas no se refirieron como razón principal, pero se pudieron interpretar a partir de las expresiones usadas por los escolares. Además en su mayoría estuvieron influenciados por los intentos de otros compañeros que conocieron en el escenario escolar.

En el ámbito familiar no se precisaron diferencias significativas en cuanto al tipo de familia pues predominan en ambos grupos las monoparentales y las reconstituidas, con 41 estudiantes para un 68% del total. En el grupo de estudio sin embargo se constató mayor disfuncionalidad, predominando conflictos entre los padres, situaciones de violencia (8 para un 26.6%), incluso abandono por parte de un progenitor o de ambos (3 para un 10% de abandono de ambos padres y 4 para un 13.3% por el padre), y maltrato físico (en 2 casos para un 6.6%), aspectos que no se detectan en el grupo de pares.

Se constató la presencia de antecedentes familiares de conductas impulsivas especialmente en los más cercanos, dígase padres, hermanos y abuelos en el grupo de estudio así como en los propios adolescentes, expresando un pobre control emocional, baja tolerancia a las frustraciones, inestabilidad, incluso manifestaciones de agresividad, hostilidad y violencia en las relaciones interpersonales.

En el análisis estadístico matemático aplicado a cada una de las técnicas se formularon las siguientes hipótesis:

- H0: No existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas al comparar los adolescentes de los grupos estudiados.
- H1: Existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicadas al comparar los adolescentes de los grupos estudiados.

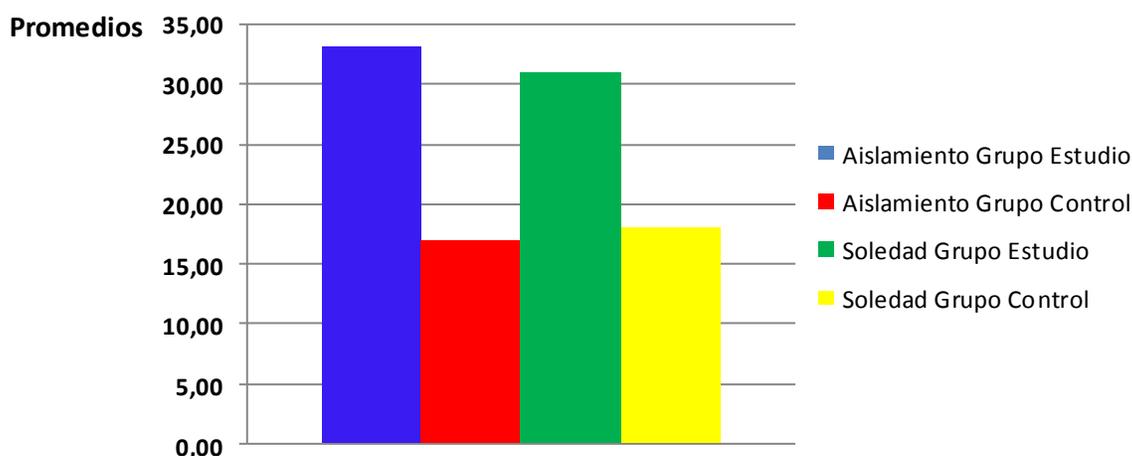
### Capítulo III: Análisis de los Resultados

Para ello se estableció un nivel de significación:  $p < 0.05$ .

#### ***Cuestionario de aislamiento y soledad.***

En esta técnica se obtuvo como resultado general  $p = 0.000$ , por lo que se rechazó  $H_0$  y se toma  $H_1$ , existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. En grupo de estudio predominó la categoría de riesgo moderado, 26 adolescentes que representan el 86.7%, y 4 con alto riesgo para un 13.3%. En el grupo control solo 2 (6.7%) presentaron riesgo moderado y 28 (93.3%) se catalogaron como bajo riesgo.

En sentido general en el grupo de estudio los ítems para aislamiento y para soledad tuvieron mayores calificaciones que en el grupo de control. El grupo de estudio presentó un rango promedio de soledad de 30.93 que no es más que el deseo no conseguido de mantener relaciones interpersonales estrechas; es una discrepancia subjetiva entre los contactos sociales deseados y los obtenidos. En aislamiento que es aquella tendencia de una persona a estar sola, a aislarse de los demás y evitar vínculos psicosociales, el rango promedio fue de 33.10. Los valores de aislamiento predominaron sobre la soledad (en 14 adolescentes), mientras que en grupo de control ocurre lo contrario destacándose las puntuaciones de soledad sobre el aislamiento (15 sujetos). Los valores medios en el grupo 2 son para soledad, 18.10 y para aislamiento, 16.93.



### ***Inventario de Expresión de la Ira (STAXI 2).***

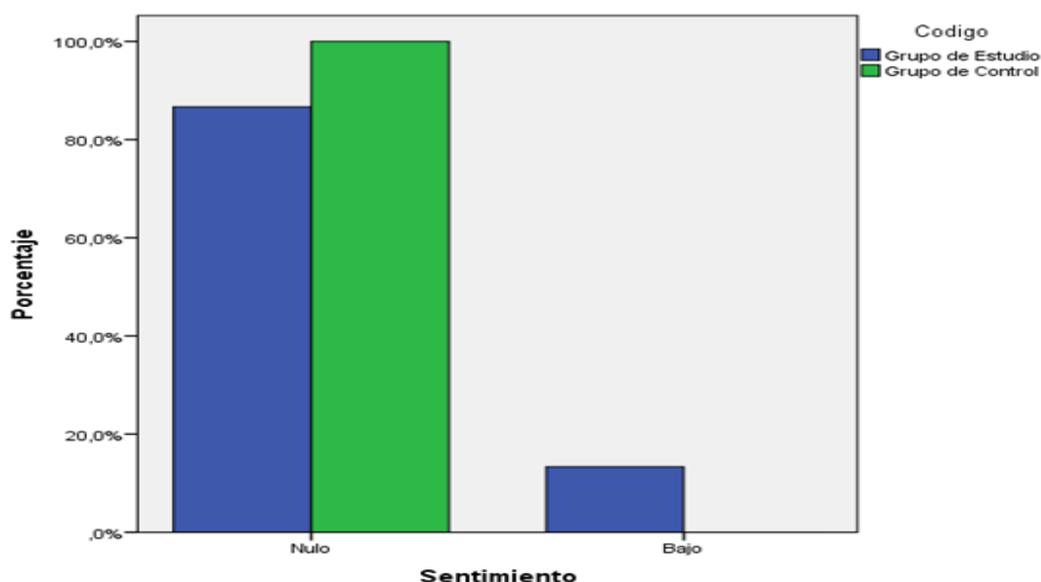
Esta técnica se aplicó para evaluar la ira como rasgo y como estado, sus formas de expresión y sus modos de control en la muestra de la investigación.

En cuanto a la Ira Estado no se encontraron diferencias significativas entre los grupos pues  $p = 1.000$  por tanto  $p > 0.05$  y se rechaza la H1 tomando H0. La ira estado es definida como un estado o condición emocional psicobiológica constituida por vivencias subjetivas que varían en intensidad desde una simple irritación o molestia a furia intensa y rabia. Estas experiencias de ira están generalmente acompañadas por la activación de procesos neuroendocrinos así como del sistema nervioso autónomo. La intensidad de la ira estado en un momento determinado varía en función de una injusticia percibida, por el hecho de ser maltratado o atacado injustamente por otros o por una frustración en el proceso de un comportamiento dirigido a una meta. En la realización de la prueba se respetan las normas de aplicación del test, prefiriendo el horario de la mañana, teniendo un local con condiciones óptimas que garantizan un estado de tranquilidad para los adolescentes.

Es interesante que en la subescala de Sentimiento si existieron diferencias significativas pues  $p = 0.040$ , entonces  $p < 0.05$ , manifestándose en el grupo de estudio valores bajos en 4 adolescentes para un 13.3% que se corresponden a los sujetos con intentos suicidas más recientes a la aplicación de la prueba, y esta

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

se refiere precisamente a la intensidad de las vivencias de ira que una determinada persona está experimentando en la actualidad. En el resto del grupo se encontraron calificaciones que se corresponden a la valoración de nulo, en 26 sujetos, para un 86.7%. En el grupo control todos los sujetos, presentaron valoraciones de nulo, para un 100% de los casos. Los adolescentes de ambos grupos obtuvieron el mínimo de puntos en las escalas de Expresión Verbal y Física, las que miden la intensidad de vivencias actuales relacionadas con la expresión verbal o física de la ira pero como se dijo anteriormente no se hallan en el momento de aplicación estas vivencias.



De manera general en la muestra, el índice de intensidad de expresión de la ira en el momento de la aplicación de la prueba fue bajo.

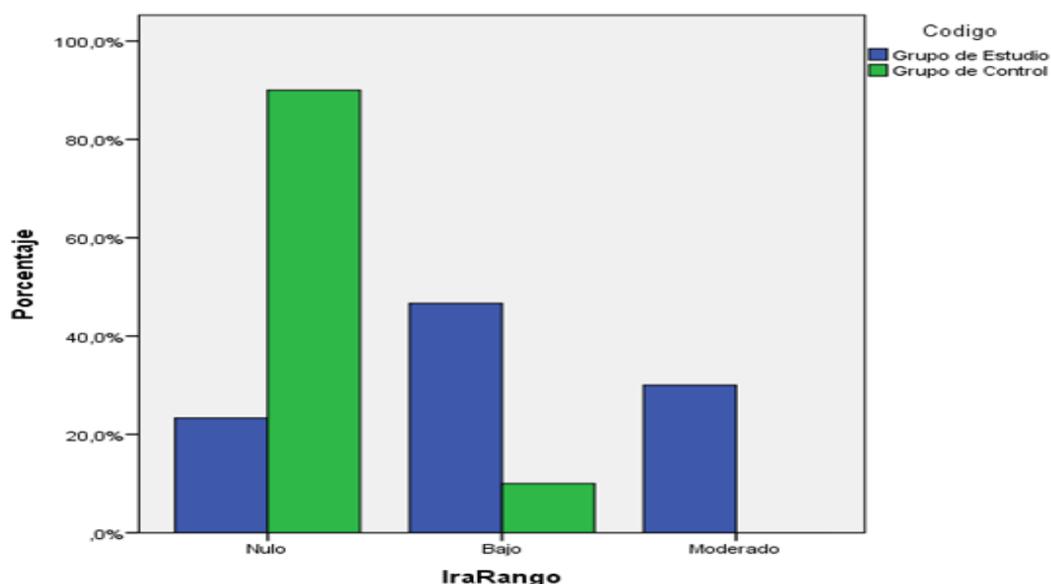
En cuanto a la ira Rasgo si se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos,  $p= 0.000$ , por tanto  $p<0.05$  por lo que se toma H1 y se rechaza H0.

En el grupo estudio en la escala Temperamento 9 adolescentes presentó niveles moderados, lo que representó el 30%, mientras que en el grupo control todos los adolescentes mostraron valores bajos o nulos. Sucede igual en la escala Reacción de Ira en que el 30% del grupo 1 presentó niveles moderados, seguido por niveles

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

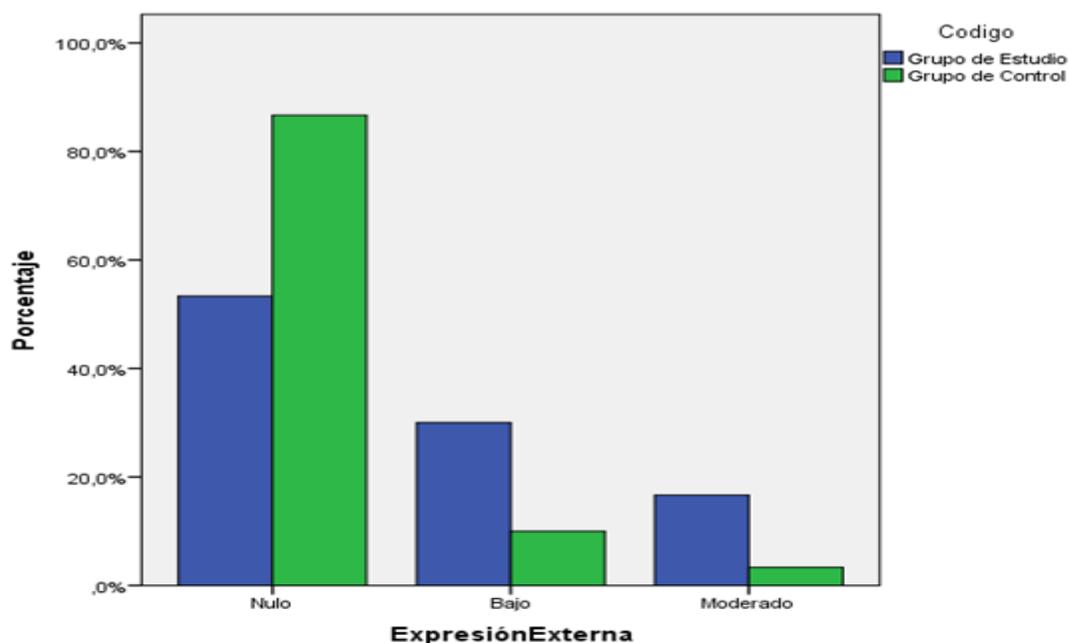
bajos en un 30% más, y solo el 40 % del grupo obtiene los valores mínimos, calificaciones que consiguen el 100% de los casos del grupo 2.

Los valores más altos de Ira Rasgo en el grupo estudio evidenciaron una predisposición relativamente estable a experimentar ira, de ahí que los adolescentes con conducta suicida experimenten esta emoción con más frecuencia y con mayor intensidad, pudiendo percibir situaciones cotidianas como amenazadoras, no sucediendo así en sus pares.

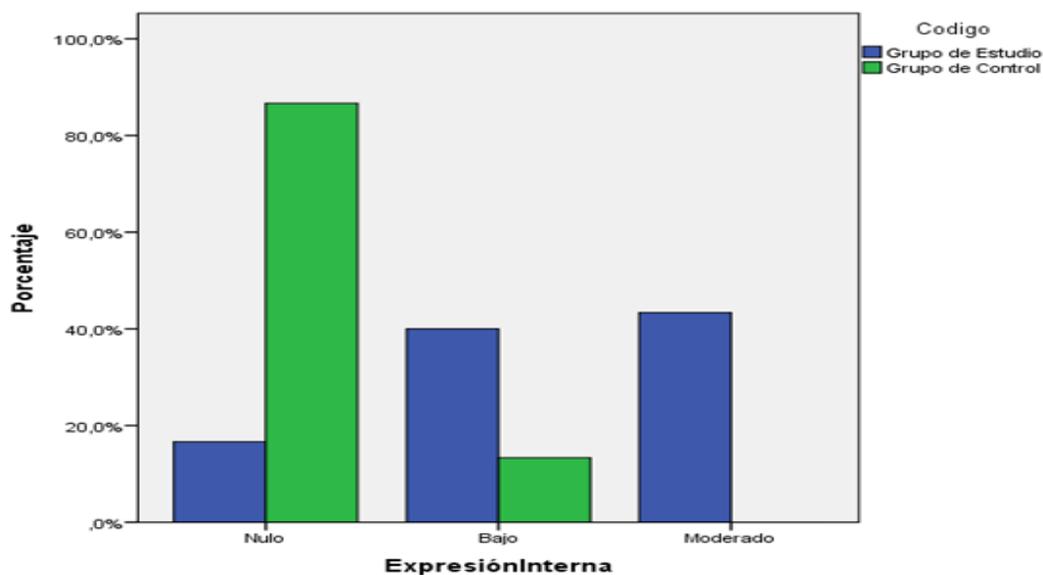


Las escalas de Expresión de ira reconocen los diversos mecanismos que los adolescentes usan para procesar y expresar la ira que están experimentando, que es medida en las escalas de Ira Rasgo e Ira Estado. En la escala Expresión Externa se evalúa la frecuencia con que la ira es expresada hacia los otros o hacia objetos en el ambiente. En esta investigación se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos donde  $p= 0.005$  ( $p<0.05$ ). En el grupo estudio se encontraron 18 adolescentes con calificaciones de nulo, para un 60%, 8 con bajo para un 26.7% y 4 con moderado para un 13.3%. En el grupo control 26 estudiantes obtuvieron nivel nulo para un 86.7%, 3 con bajo para un 10% y 1 con moderado para un 3.3%.

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

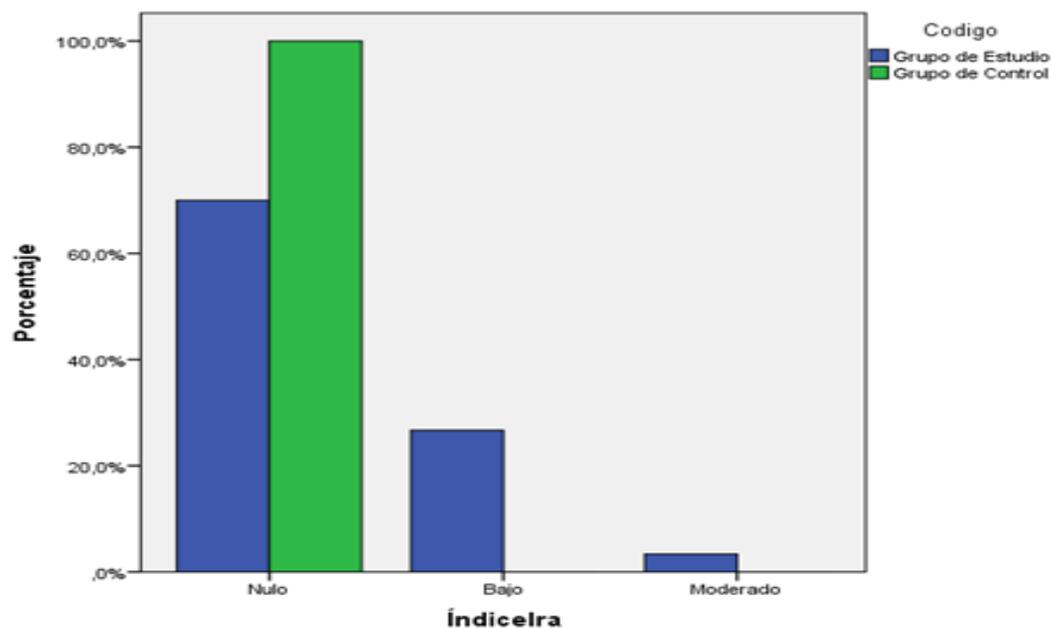


En la escala de Expresión Interna también se hallaron diferencias significativas entre los grupos con  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ) y se rechaza la  $H_0$ , tomando la  $H_1$ . En el grupo de estudio existió una tendencia a la supresión o represión de las vivencias de ira pues en 13 sujetos que representan el 43.3% se encontraron valores calificados de moderado mientras que en el grupo testigo no existe ninguno, todos los adolescentes obtuvieron calificaciones de normalidad.



## Capítulo III: Análisis de los Resultados

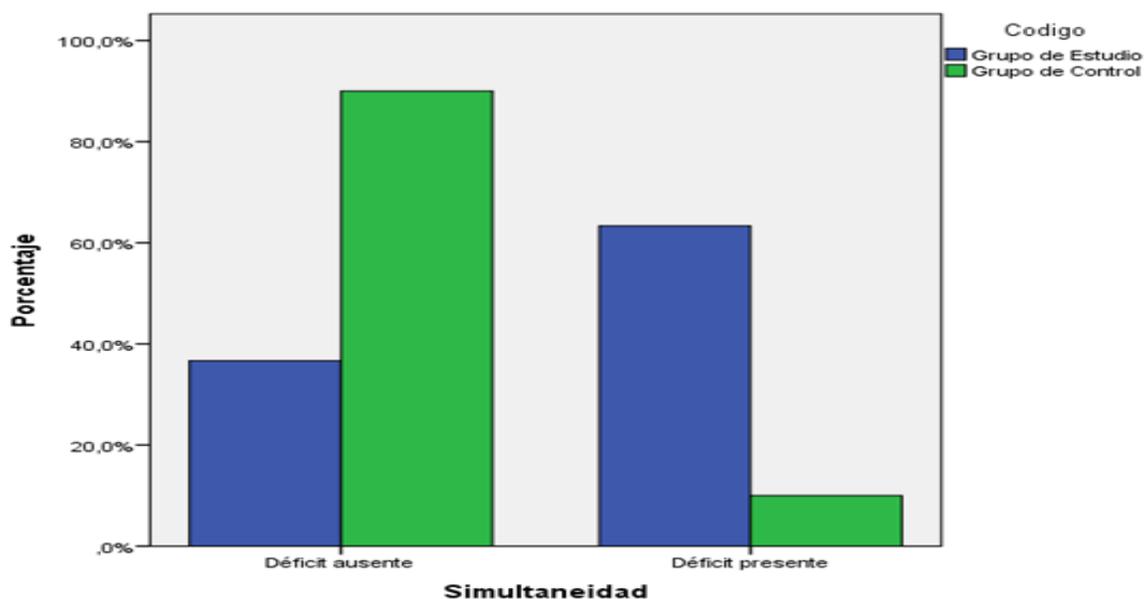
En cuanto al índice General de la Ira se apreciaron diferencias significativas entre el grupo de estudio y el control pues  $p= 0.001$ , por lo que  $p<0.05$ , desechando  $H_0$  y tomando  $H_1$ .



No se obtuvo significación en las escalas: Estado de ira ( $p= 1.000$ ), Expresión Verbal ( $p= 1.000$ ), Expresión física ( $p= 1.000$ ), Control Externo, ( $p= 0.51$ ) y Control interno ( $p= 0.95$ ).

### ***Simultaneidad de signos.***

De forma general predominó la categoría de ausencia de déficit atencional con un 56.6% en ambos grupos. En el de estudio prevaleció significativamente la presencia de déficit en 23 adolescentes para un 76.7% contra 7 que no lo presentaron para un 23.3%. En el grupo de control hay una superioridad de ausencia de déficit con 27 sujetos para un 90%, solo el 10% presenta alteraciones en la prueba. Se obtienen diferencias muy significativas entre los grupos ( $p = 0.000$ ).

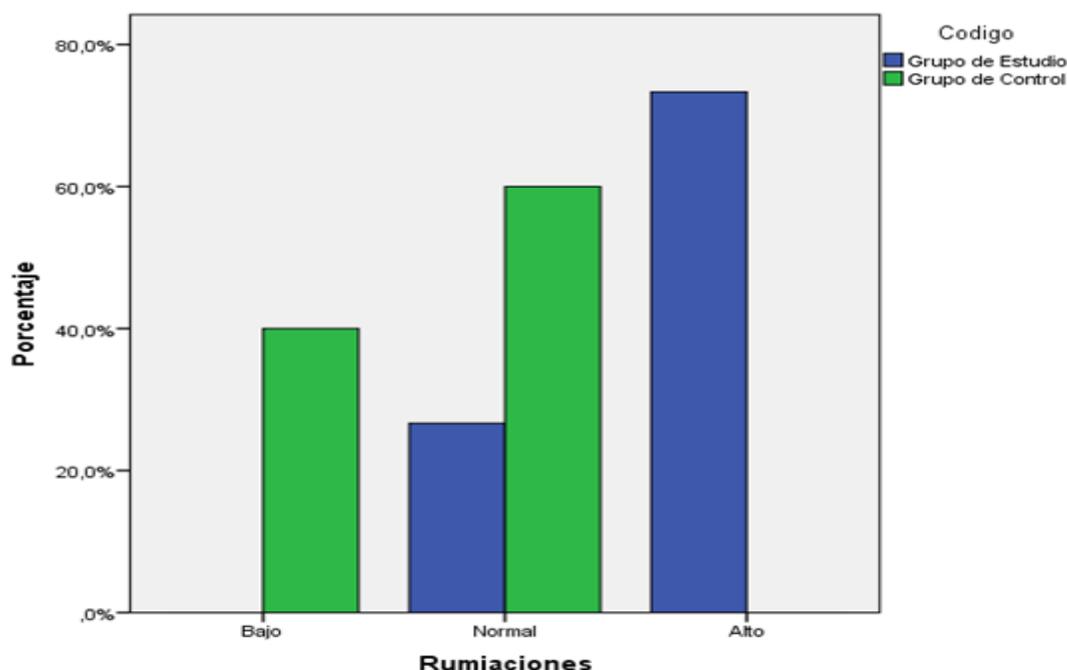


En el grupo de estudio se observaron mayores dificultades en la realización de la prueba ya que cometieron el mayor número de errores, con afectación en la capacidad de trabajo, en la mayoría de los casos solo se percataron de la falta al final de la tarea, teniendo problemas para regular y verificar las acciones. Se observa distractibilidad, impulsividad, falta de control de las acciones así como perseverancia e inercia en estas, además dificultades en la concentración así como su deficiente volumen.

#### ***While-Bear Supresión Inventory (WBSI).***

En cuanto al pensamiento rumiativo, el 73.3% de los adolescentes del grupo de estudio mostró niveles elevados destacándose estos pensamientos, seguidos de los intrusivos indeseados y finalmente la autodistracción. En el grupo de control las puntuaciones estuvieron en su totalidad en valores bajos o normales.

Al analizar los valores de la suma de rangos empleados para calcular el estadígrafo de la prueba (U de Mann-Whitney), se apreció que las diferencias entre ambos grupos para esta variable fueron significativas, pues  $p$  fue igual a 0,00 y por tanto  $p < 0,05$ , rechazándose de esta manera la hipótesis  $H_0$  y aceptándose la hipótesis  $H_1$ .



La aplicación de la prueba se acompañó de una entrevista re test que nos permitió ampliar los resultados. En estas la mayoría de los sujetos con puntuaciones altas de rumiación expresaron pensamientos relacionados con los conflictos que vivencian que giran en tornos a los conflictos familiares y de pareja, así como en función del intento suicida realizado en los casos correspondientes.

#### ***Ítems de la batería de diagnóstico neuropsicológica de A. R. Luria.***

- *Interpretación de refranes y frases metafóricas.*

Los refranes son una tarea para evaluar el razonamiento abstracto, por lo que su interpretación evidencia la independencia del pensamiento y sus estrategias, pudiendo identificarse las peculiaridades neuropsicológicas del pensamiento en su expresión lógico-verbal.

En los resultados obtenidos en esta prueba,  $p=0.016$ , por tanto  $p<0,05$ , siendo las diferencias entre ambos grupos para esta variable significativas, rechazándose de esta manera la hipótesis  $H_0$  y aceptándose la hipótesis  $H_1$ .

En la prueba no existieron diferencias socioculturales que pudieran influir pues se buscó homogenizar estas cuestiones. Los pacientes no se encontraban sometidos a algún tipo de tratamiento psicofarmacológico.

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

En los resultados de esta técnica 9 sujetos (30%) lograron interpretar y generalizar correctamente, mientras 15 adolescentes (50%) generalizan adecuadamente todos o algunos refranes, pero no consiguen transferir el contenido del refrán a otras situaciones, y 6 (20%) presentan serias dificultades en el pensamiento no pudiendo responder a la tarea planteada o haciéndolo de forma deficiente. Se evidenció entonces un predominio de alteraciones en la generalización y la transferencia como operaciones del pensamiento, funcionando a un nivel concreto no generalizando a situaciones de la vida o a otros contextos. Además se apreció la tendencia al pensamiento estereotipado, la cual surgía cuando ante una nueva tarea trataban de resolverla por analogía con la anterior, sin analizar las consignas y condiciones de la nueva tarea.

Al existir dificultades en la transferencia e independencia en la interpretación de los refranes, se afecta la flexibilidad, no empleándose de una forma adecuada la capacidad de cambio o variación de la planeación inicial para responder apropiadamente a las exigencias de la nueva tarea.

En el grupo control predominaron los estudiantes que interpretan y generalizan correctamente los refranes, específicamente 19 para un 63.3%, seguido por 9 sujetos (30%) que interpretaron adecuadamente pero quedaron en un plano concreto y solo 2 estudiantes para un 6.7%, que no lograron responder a la tarea.

#### *- Formación de conceptos.*

En el caso de la formación de conceptos, se analizaron los resultados a partir de la definición de palabras, su comparación y diferenciación de los conceptos; investigándose los procesos del pensamiento. En este caso no se encuentran diferencias significativas entre los grupos pues el nivel de significación  $p > 0.05$  aceptándose de esta forma  $H_0$  y rechazándose, por tanto,  $H_1$ .

#### *Definición*

En este subtest  $p$  fue igual a 0,228 por tanto  $p > 0,05$  por lo que no existieron diferencias significativas en cuanto a esta variable en ambos grupos de estudio.

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

En ambos grupos predominó la tendencia a elaborar el concepto a partir de su uso sin distinguir los rasgos esenciales, quedándose en un plano concreto del pensamiento, en el grupo 1, se quedan en este nivel 21 adolescentes para un 70% y en el 2, 22 estudiantes para un 73.3%. Las diferencias esenciales entre los grupos radican en que de los adolescentes con conducta suicida 6 no realizan la tarea para un 20%, mientras que en el grupo de pares solo encontramos 3, para un 10%, asimilando mejor los niveles de ayuda estos últimos. Sólo 8 casos que equivalen a un 13.3% del total investigado, respondieron acertadamente a todos los ítems, siendo 3 del grupo 1 y 5 del grupo 2. Por ello prevalecieron las dificultades en el grupo de estudio, en la habilidad de éste para distinguir los rasgos esenciales y conformar adecuadamente una concepción de la palabra dada.

Se evaluó en la técnica la abstracción, donde los resultados obtenidos, evidenciaron que se presentan problemas para llevar al plano mental las cualidades esenciales de los objetos. Unido a este proceso operacional del pensamiento se encontraron también dificultades en los procesos de análisis y síntesis, que permiten la distinción mental del objeto o fenómeno, de uno u otros aspectos o elementos y luego la unión e integración, de estos componentes separados del todo, mediante el análisis.

#### *Comparación*

En este subtest  $p = 0.523$  por tanto  $p > 0,05$  no existiendo diferencias significativas en cuanto a esta variable en ambos grupos aceptando  $H_0$  y rechazando  $H_1$ .

En el grupo de estudio existió un menor número de respuestas con principio de generalización correcto (15 para un 50%) que en el grupo de control (18 para un 60%) y se encontraron mayor número de respuestas a nivel concreto situacional (15 para un 50%), no encontrándose la relación esencial o mostrando gran dificultad para ello y por consiguiente, no considerándose los nexos lógicos necesarios para generalizar adecuadamente, quedándose en las características externas como por ejemplo “para comer”, “para escribir”, “para vivir”. En el grupo control estas respuestas se encuentran en 11 adolescentes para un 36.6%.

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

Aunque no se determinaron diferencias estadísticas entre los grupos se apreciaron dificultades para determinar rasgos de semejanzas entre los objetos, lo que demostró la debilidad de las generalizaciones de adolescentes con conducta suicida y su inclinación hacia el pensamiento concreto, con un bajo nivel de generalización y abstracción lo que apunta hacia una pobre verificación y planificación de las acciones mentales, así como limitaciones en el establecimiento de nexos lógico-abstractos.

#### *Diferenciación*

Al comparar los resultados en este subtest en los grupos, se encontró que  $p=0.110$  por tanto  $p>0,05$  por lo que no existieron diferencias significativas en cuanto a esta variable.

En ambos grupos predominaron las respuestas parcialmente correctas, lo distintivo es que en el grupo estudio existió menor cantidad de sujetos con respuestas correctas (6 para un 20%) que en el grupo de control (9 para un 30%). Además existieron más adolescente con conducta suicida que no pudieron realizar la tarea (7 para un 23.3%) que en el grupo de pares (2 para un 6.7%). En el grupo predominó la impulsividad en las respuestas y las dificultades en los procesos del pensamiento.

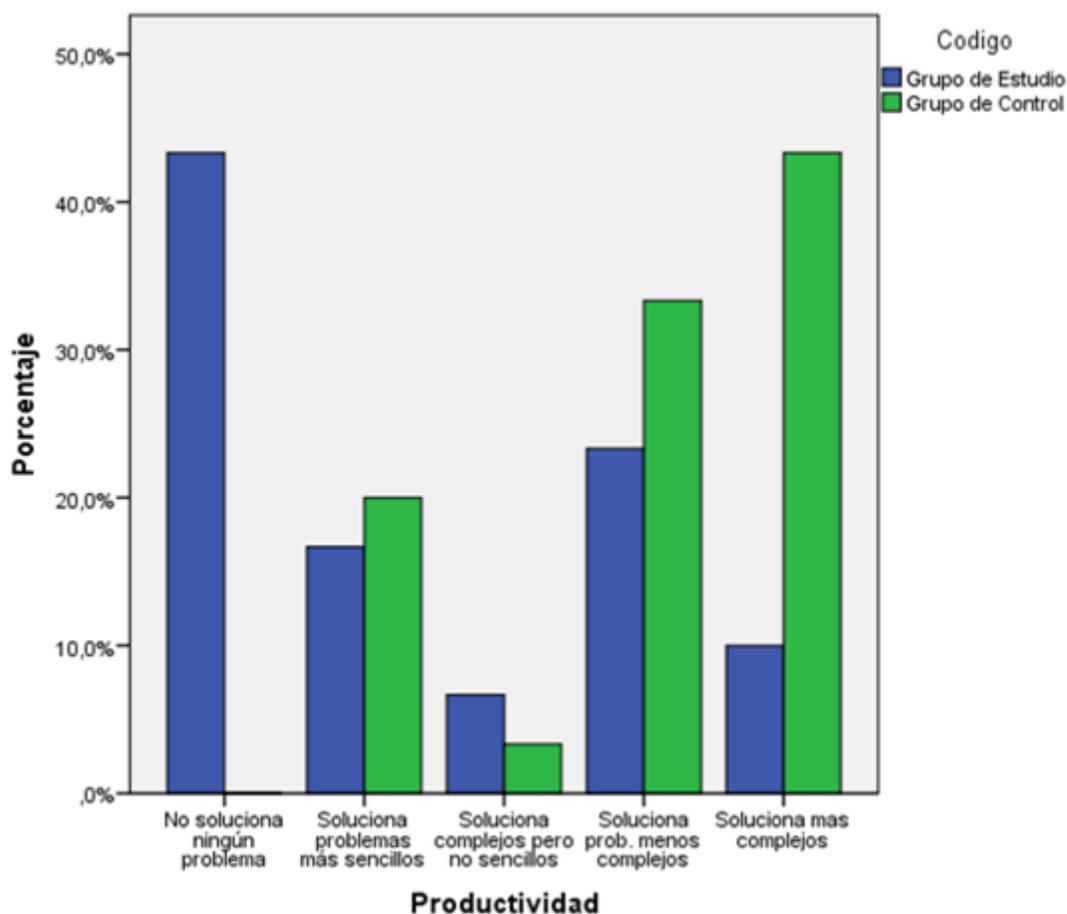
#### *-Pensamiento discursivo. Solución de problemas.*

En esta técnica el análisis se basó en la productividad (la capacidad de solucionar problemas según el nivel de complejidad) y la constancia (la capacidad que presenta el individuo de establecer correctamente los objetivos de la tarea e ir en la búsqueda de la solución adecuada, sin perder la direccionalidad o sentido de la misma). Aquí se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto a la productividad  $p=0.00$  por lo  $p< 0.05$  indicando diferencias significativas entre los grupos. En el grupo 1 solucionan problemas sencillos o no los solucionan 18 adolescentes para un 60%, mientras que en el grupo 2 solo tenemos 6 muchachos para un 20%. Siendo típica para el grupo de estudio la solución de problemas simples, quedando en bajos niveles de análisis y reflexión.

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

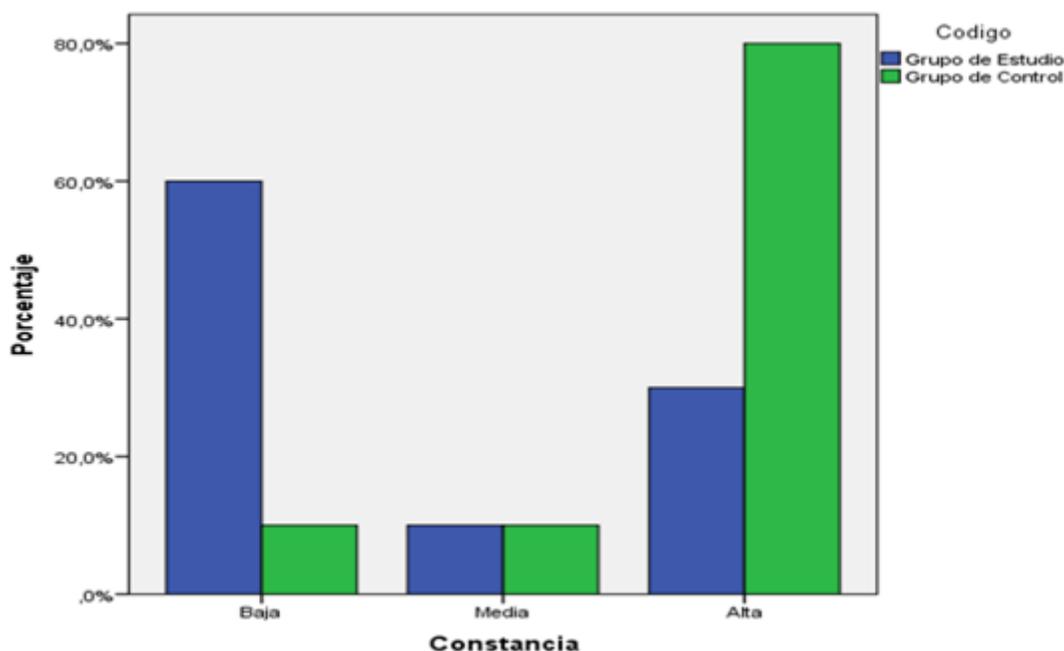
Solo lograron alta productividad 10 sujetos para un 33.3% no ocurriendo así con los pares, donde lo consiguieron 23 sujetos para un 76.7%.



En cuanto a la constancia ante la solución de los problemas  $p=0,000$ , entonces  $p<0,05$  evidenciando diferencias significativas entre los grupos. En el primer grupo 9 adolescentes obtuvieron calificación alta (delimitan el objetivo de la tarea y durante toda la ejecución se dirigen a su consecución sin perder la direccionalidad, lo que culmina con la solución acertada al problema), para un 30% sin embargo 18, es decir el 60% tuvieron calificación baja (teniendo dificultades para la determinación del objetivo, incluyendo aquellos que no lograron comprender el objetivo de la tarea o los que aunque lo delimitaron no lo conservan durante la realización de la actividad, siendo incapaces de asimilar los niveles de ayuda). En

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

el grupo control ocurre lo contrario 24 alumnos (80%) funcionan a nivel alto y solo 3(10%) lo hacen a nivel bajo.



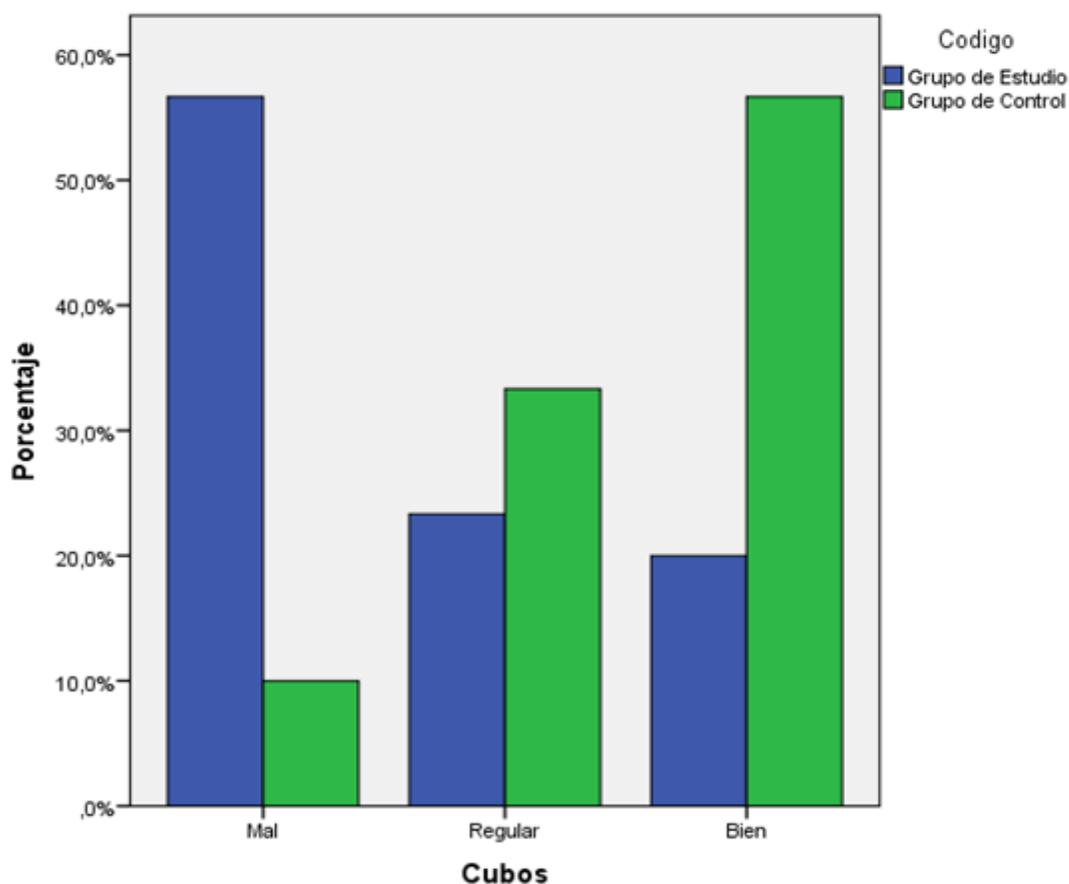
En los adolescentes con conducta suicida se evidenciaron a través de prueba las limitaciones para la planificación de la tarea y verificación de la acción ya que ellos, a pesar de recibir niveles de ayuda, no lograron reestructurar su estrategia de solución y llegar al resultado correcto, lo que indicó las dificultades que presentan los mismos en las estructuras prefrontales, encargadas de la planificación y verificación de la actividad y con el funcionamiento de la tercera unidad funcional.

Aparecieron respuestas impulsivas en 20 adolescentes del grupo 1, para un 66.6%, evidenciándose un pobre control de la interferencia. Con relación al procedimiento o estrategias de solución de los problemas se evidenciaron dificultades en la independencia, pues las estrategias utilizadas en los primeros problemas interfieren en la búsqueda de la última solución. Se manifestó rigidez del pensamiento.

#### **Cubos de Kosh.**

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

Esta técnica fue muy valiosa pues permitió evaluar la práctica constructiva, la orientación espacial, la capacidad para corregir errores y verificación de la acción en la muestra estudiada. De forma general imperó la categoría de Bien con un 40% en ambos grupos. En el de estudio predominó significativamente la categoría Mal (53.3%), seguido de Regular y Bien con un 23.35% en ambos casos, mientras que en los controles hay un predominio de la categoría Bien con un 56.7%, seguido por un 33.3% de Regular y solo un 10% de Mal. Los rangos medios del puntaje del test entre los grupos se diferenciaron muy significativamente ( $p = 0.000$ ).



Se encontró una diferencia muy significativa que está dada básicamente por un predominio de acciones impulsivas con abandono de la tarea ante el primer fracaso, sin rectificar errores a pesar de los niveles de ayuda prestados. Además los adolescentes del grupo estudio mostraron una mayor desconcentración ante

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

las instrucciones, realizan la tarea por ensayo y error sin planificar estrategias por lo que presentan un número mayor de fracasos y muestran más dificultades para percatarse de los mismos, denotando falta de autocrítica, siendo lentos y muchas veces ineficaces para encontrar la solución y trazarse la estrategia adecuada presentando deficiencias en el paso de una forma de acción mental a otra, además se observa baja tolerancia a las frustraciones. Evidencian así problemas en los procesos del pensamiento que están involucrados en la corrección, viéndose afectada neuropsicológicamente la tercera unidad funcional cortical encargada de planificar y verificar las acciones. En el grupo control a pesar de que algunos adolescentes mostraron algunas de estas características en su mayoría podían resolver las tareas satisfactoriamente y predomina la elaboración de estrategias para la solución de problemas (por ejemplo comenzar por las esquinas de las figuras, realizar la tarea por segmentos) y se observa en menor medida la impulsividad y la baja tolerancia a las frustraciones. En ambos grupos se manifiesta ansiedad ante la realización de la actividad.

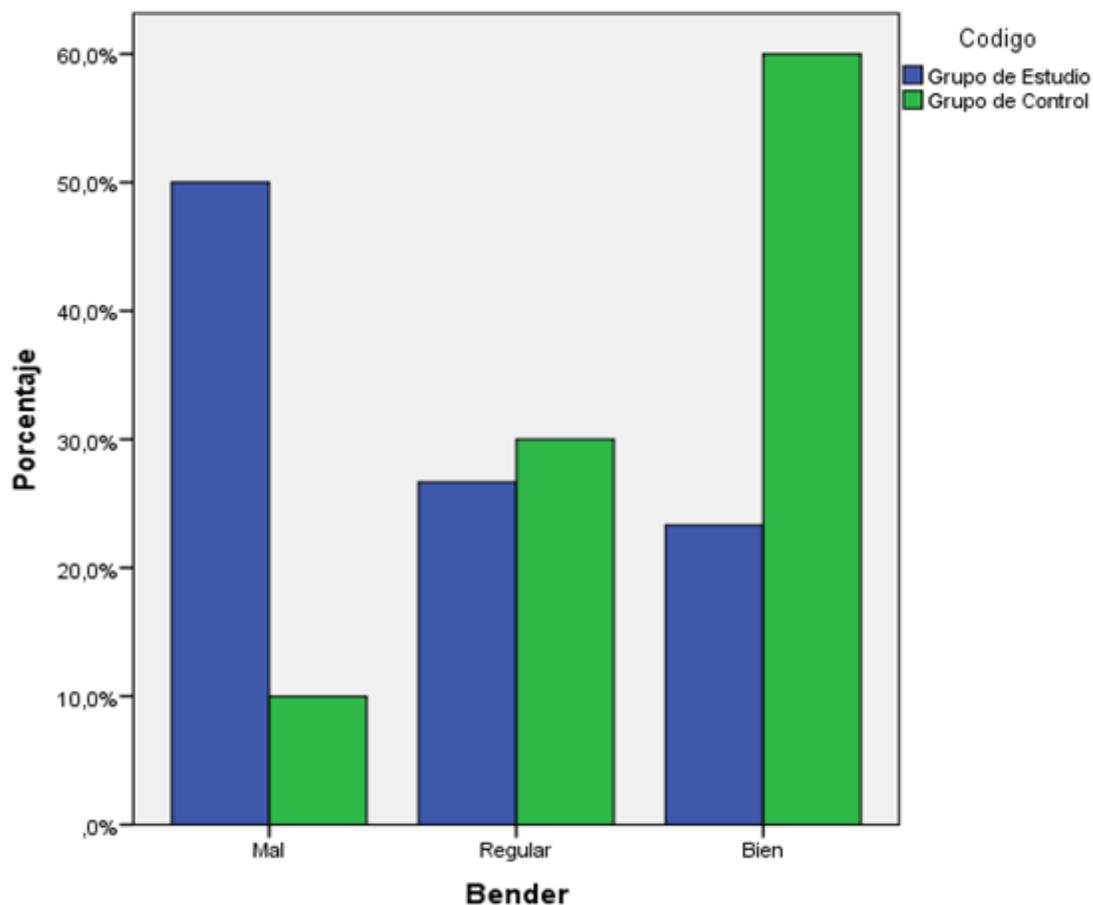
La corteza prefrontal constituye la máxima expresión del desarrollo cerebral en la especie humana, siendo responsable del control último de la cognición, la conducta y la actividad emocional, lo que recibe la denominación de funciones ejecutivas (Portellano 2005). Las alteraciones en los lóbulos frontales son muy variadas pudiendo ocasionar trastornos en el razonamiento, en la solución de problemas, en el control motor, la motivación, la afectividad, la personalidad, la atención, la memoria incluso en la percepción. Participa en la capacidad de generar estrategias que permitan la solución de problemas pues guía o regular las acciones de acuerdo con los resultados obtenidos, con el fin de proseguir y rectificar, en definitiva, modular la acción, además tiene la función de suprimir los *inputs* internos y externos que pueden interferir en la conducta, en el habla o en la cognición, como son las conductas impulsivas. (Jódar-Vicente, 2004)

#### **Test Gestáltico Visomotor (BENDER).**

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

En el grupo de estudio solo 8 sujetos mostraron normalidad para un 26.7% mientras que 22 adolescentes, es decir el 73.3%, manifestaron marcados y ligeros índices de orgenicidad que se evidenciaron en las dificultades en el trazado, en los ángulos, por la sustitución de elementos, micrografías, falta de control y de inhibición que se expresa en figuras grandes y marcadas dificultades en la coordinación visomotora. Estos datos revelaron el comprometimiento de la tercera unidad funcional encargada de planificar y verificar acciones.

En el grupo de control se expresaron en menor medida solo 11 de los casos tienen marcados y ligeros índices de orgenicidad para un 36.7%, predominando el nivel de normalidad en un 63.3%.



#### **Análisis Integrador de los Resultados.**

El análisis integrador se realizó a partir de los datos obtenidos de los estudios estadísticos y de las interpretaciones psicológicas a las que fueron sometidas cada una de las pruebas aplicadas.

En relación a las características del grupo de estudio la edad promedio fue de 15 años con un predominio de la edad de 16 años, lo que se corresponde a estudios realizados previamente acerca de la conducta suicida que plantean que se manifiesta más en la adolescencia tardía, en el subgrupo de 15 a 19 años. (Andrade, 2012; Canol, Gutiérrez y Martín, 2009; Castillo, et al., 2007) Según refieren los casos, las causas del intento suicida fueron los problemas con la familia para el grupo de 10 a 14 años en tanto que en el grupo de 15 a 19 años predominaron los problemas con la pareja lo que se relaciona a los propios cambios dentro de la misma etapa adolescente. (Córtes, Aguiar, Medina, Toledo y Echemendía, 2010).

En relación a la incidencia según el género se coincidió plenamente con múltiples investigaciones realizadas al respecto (Baader, et al., 2011; Bella, Fernández y Willintong, 2010; Castillo et al., 2007; Casullo, et al., 2000; García, Pineda, Almaguer, Gómez y Martínez, 2011; Cubilla, Román, Abril, Galaviz, 2012; González et al. 2002; Rodríguez, Fernández, Hernández y Ramírez, 2006; Villalobos-Galvis, 2009) pues en el grupo de estudio predominó el sexo femenino en la totalidad de los casos con intentos suicidas y en la mayoría de las ideaciones, existiendo una tendencia a ser mayor la incidencia en las muchachas que en los muchachos.

No se encontraron diferencias en lo referido al nivel intelectual y ninguno de los estudiantes se encontraba con tratamientos psicofarmacológicos. Es significativo que en el grupo de estudio hay mayor número de adolescentes que provienen de medios urbanos, lo que coincide con estudios realizados por Muro, González, Toledo, Díaz y Negrín, 2007 que plantean que la conducta suicida se asocia con la densidad de población.

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

En cuanto a la influencia de la familia en relación a la conducta suicida aparecieron como relevantes los antecedentes patológicos familiares, especialmente los historiales de parientes suicidas o con trastornos depresivos en el grupo de estudio, lo que se corresponde con múltiples investigaciones realizadas en el país y fuera de él. (Bella et al., 2010; Cruz, Moreira, Orraca, Pérez y Hernández, 2011; Tovilla- Zárata y Mendoza, 2012).

Las características generales de los intentos suicidas estudiados coincidieron totalmente con investigaciones epidemiológicas respecto al tema (García, et al. 2011; Peña, Casa, Padilla, Gómez y Gallardo, 2002; Rodríguez, et al., 2004) donde se muestra que la mayor tendencia es a realizar intentos clasificados de poco serios donde el estilo predominante es a través de la ingestión de medicamentos especialmente de los psicofármacos. Los motivos de los intentos se corresponden en cada uno de los casos a lo que se considera característicos para la edad de desarrollo, siempre vinculados a las relaciones interpersonales, esencialmente con la familia y la pareja. Entre las razones más frecuentes se encontraron el deseo de morir, aunque no existía una planeación sino como idea momentánea carente de análisis, de reflexión, más bien como una respuesta impulsiva, para escapar de situaciones conflictivas y la culpabilización de otros, que pone de manifiesto la incapacidad para planificar acciones, para monitorearlas y verificarlas; cuestión esta que algunos autores han asociado a una incapacidad para afrontar la situación vital del momento, lo cual traducen en una baja capacidad de solución de problemas (Barroiher, et al. 2012). Además se corroboran las ideas de Cruz y Roa (2005) que abordan cómo influyen los demás en la conducta suicida, especialmente en el intento, pues los adolescentes con intentos suicidas manifestaron que conocían a otros compañeros que ya lo habían hecho, o sea, estuvieron influenciados por el contagio social.

Los estudiantes del grupo estudio en su mayoría fueron dispensarizados en el centro escolar como Grupo II, con Riesgo, no siendo así en el grupo de pares. No se determinaron diferencias en relación a la presencia de patologías crónicas que puedan condicionar conductas suicidas.

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

Dentro de los factores de riesgo más significativos encontrados en el grupo estudio en relación al grupo de control están los antecedentes de atención psicológica previa donde se destaca la sintomatología depresiva, aunque se manifiestan trastornos adaptativos, de ansiedad y en la esfera conductual dados esencialmente por la impulsividad y la hiperactividad. Al respecto se hallaron varias investigaciones que enfatizan en la relación de la conducta suicida con otras alteraciones psicológicas, donde la depresión tiene un lugar primordial. (Álvarez, 2008; Andrade, 2012; Barroicheti et al., 2012; Casullo, 2004; Cubillas, et al., 2012; Koutek, Kocourkov, Hladikova y Hrdlicka, 2009; Larraguibel, González, Martínez, y Valenzuela, 2004; Rivera y Herrera, 2002; Riveros, Hernández, y Rivera, 2007)

Dentro de los síntomas y síndromes clínicos vivenciados por los adolescentes con conducta suicida, en el pasado o en el momento de la investigación, se encontraban tristeza, apatía, desmotivación ante actividades cotidianas, depresión, ansiedad, complejos, dificultades en las relaciones interpersonales, existiendo en los varones una tendencia a presentar alteraciones en la conducta especialmente en el contexto escolar. En el caso de los adolescentes que presentaron ideaciones suicidas los síntomas depresivos fueron vigentes provocados por situaciones externas, evidenciando dificultades en modos de afrontamiento, en la capacidad de solucionar conflictos, de crear planes en función de los mismos, expresando frustraciones, complejos, sentimientos de inferioridad. En el grupo control, aunque algunos casos refirieron vivencias emocionales negativas, no se encontraron con altos grados de intensidad. Estos resultados se corresponden con datos obtenidos en diversas investigaciones acerca de la conducta suicida en los adolescentes. (Andrade, 2012; Bobes et al., 2004; Canol, et al., 2009; Castellano, Carrillo, Cuervo y Molinet, 2007; Guilbert y Del cueto, 2003; Páramo, 2011; Sánchez, López, Ares, Cruz y O' Farril, 2007; Sarro, 2000)

Se constató con las pruebas realizadas que predominaron en la conducta suicida altos niveles de soledad y aislamiento, siendo mayores estos últimos demostrando la importancia del apoyo social, para el enfrentamiento de todos los cambios que

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

vivencian. Acerca de la soledad se ha hablado mucho en la literatura asociándola al comportamiento suicida planteando que la adolescencia es el grupo etario de más alto riesgo (Expósito y Moya, 2000; Jiménez y Ruiz, 2011; Rodríguez, et al., 2004) y vinculándola con el fracaso en la satisfacción de necesidades de relación con pares y relaciones íntimas (Jiménez y Ruiz, 2011) así como con las dificultades sociales (Ayuso- Mateo et al., 2012).

Se destacó el comportamiento de la Ira como emoción vinculada a la conducta suicida donde la ira estado no se mostró elevada pues en el momento de aplicación de la investigación se buscaron las condiciones óptimas para garantizar un estado psicológico positivo en los estudiantes además no se realizaron en el momento de crisis sino tiempo posterior. Sin embargo en los casos de estudio donde el intento suicida estaba más próximo en términos de tiempo se mostraron vivencias de ira de mayor intensidad que en el resto de los estudiantes afectándose fundamentalmente la escala sentimiento. Lo más significativo fue lo relativo a los valores encontrados en relación al Temperamento y la expresión tanto interna como externa de la ira, donde se aprecia una tendencia a la supresión o represión de las vivencias lo que se correlaciona a la importante aplicación clínica de la prueba STAXI-II con poblaciones suicidas y su comparación con sujetos sanos (Lehnert, Overholser y Spirito, 1994, citado en Brunner y Spielberger, 2009) que plantea que los adolescentes con intento suicida tuvieron puntuaciones significativamente más altas en las escalas de ira estado, rasgo y expresión. Además en otras investigaciones se ha determinado una correlación positiva sobre todo en la manifestación de hostilidad y la expresión de la ira esencialmente con la supresión de la ira. (Painuly, Sharan y Mattoo, 2005)

En el grupo de estudio se destacaron preocupaciones relacionadas a la valoración de los coetáneos a partir de la conducta suicida. Se encontraron en ambos grupos características como la inseguridad, dependencia, impulsividad, dificultad para controlar estados de ánimo, importancia de los iguales. Esto se corresponde con las características propias de la etapa a partir de las grandes

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

transformaciones que se dan en lo psicológico, lo biológico y lo social. (Domínguez, 2003; Reyes, 2010; Torres, 2008)

De acuerdo a las características de la familia en ambos grupos primó la procedencia de padres divorciados, dadas las modificaciones que en el momento actual atraviesa la familia como entidad social con elevadas tasas de divorcialidad y de inestabilidad de los vínculos (Arés, 2002). Se determinaron sin embargo diferencias en cuanto a la funcionabilidad, al apoyo familiar percibido por los adolescentes pues en el grupo de estudio existen problemas en la comunicación entre los progenitores, no se cumplen en la mayoría de los casos las funciones familiares dígase de tipo económico o espiritual, predomina la sobreprotección, inconsistencia, permisividad, incluso situaciones de violencia, negligencia, abandono o maltrato, no estando desplegadas las redes de apoyo familiar. Los adolescentes refirieron sentimientos de temor y no confianza en los padres, lo que incrementa el riesgo suicida. Todos estos factores han sido descritos en la literatura científica con anterioridad (Ares, 2002; Arias, Fernández, Martín, Arias Gutiérrez y Deronceré, 2008; Carris, Shaber y Howe, 2002; Hulten, 2001; Marrero, Álvarez y Farray, 2003; Morey, 2006; Shafter et al. 2001)

Se destacó la influencia de los pensamientos rumiativos pues en la mayoría de los casos del grupo de estudio se mostraron puntuaciones altas. Este tipo de pensamiento constituye una estrategia de respuesta del sujeto ante situaciones generadoras de estrés, siendo el pensamiento rumiativo y supresivo una manifestación de comportamientos no adaptativos (Abeledo, 2011), los pacientes que pertenecen al grupo con conducta suicida pueden llegar a un estado de comprensión y acción disminuido; ya que el pensamiento rumiativo y los intentos de supresión conducen a la movilización de recursos cognitivos que afectan la adecuada consecución del proceso del pensamiento, activando focos de excitación en la corteza que constituyen un fondo cortical inadecuado para la realización de otras actividades. Esta prueba es un indicador de afectaciones en la tercera unidad funcional que está relacionado con la planificación, el control y la verificación de acciones, específicamente con el control inhibitorio vinculado a la

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

internalización de problemas. Al existir dificultades en la focalización de la información relevante y en la inhibición de la irrelevante ocurren desajustes en el desempeño de los sujetos, relacionándose con la emisión de respuestas desadaptativas como es la suicida. (Miyake et al., 2000)

Con relación al déficit atencional se constataron afectaciones en el grupo estudio, donde se observó impulsividad, falta de control de las acciones, perseverancia e inercia en estas, además dificultades en la concentración de la atención así como su deficiente volumen, no existe planificación, presentaron dificultades en la corrección de los errores, se afectó la verificación conductual, poniendo de manifiesto problemas en la dinámica de excitación e inhibición estando implicada el área prefrontal la cual es responsable de la atención sostenida y selectiva, muy relacionado con las funciones ejecutivas las que incluyen procesos como la capacidad de planear y organizar la conducta, la inhibición de conductas inapropiadas para la realización de una tarea y el mantenimiento de un pensamiento flexible durante la resolución de problemas. Todos estos aspectos de las funciones ejecutivas mantienen una estrecha relación con la atención y, por lo tanto, han sido también denominados como aspectos de alto orden de la atención o control atencional. (Ardila y Ostrosky, 2012) Las áreas dorsolaterales y cinguladas son las más implicadas en el control y regulación de la atención, así mismo el lóbulo frontal derecho tiene mayor importancia en el control de los procesos atencionales. El papel crítico del componente frontal es convertir las estrategias para el cambio de la atención en actos motores específicos. Los campos frontales oculares seleccionan y forman una secuencia de los actos individuales necesarios para navegar y explorar el mapa resultante (Ardila y Ostrosky, 2012).

A partir de la aplicación de la técnica de los Cubos de Kosh se evaluó la práctica constructiva, la orientación espacial, la capacidad para corregir errores y verificación de la acción en la muestra estudiada, donde se encontraron diferencias con un predominio en el grupo de estudio de la categoría de mal. Las manifestaciones más frecuentes en los adolescentes con conductas suicida

### Capítulo III: Análisis de los Resultados

fueron: impulsividad, dificultades al descubrir errores en la formación de la figura, ansiedad e inseguridad, dificultades en el análisis y la síntesis de las figuras presentadas y fue frecuente el abandono de la tarea ante los primeros errores; se expresó falta de autocrítica, generalmente usaron la vía de ensayo- error, no se elaboraron estrategias de resolución de problemas, las cuales se ven más en el grupo de control donde los niveles de ayuda fueron mejor asimilados y donde la mayoría de los adolescentes hicieron uso de estrategias de resolución con mayor flexibilidad. Se evidencian así problemas en los procesos del pensamiento del grupo estudio que están involucrados en la corrección, viéndose afectada neuropsicológicamente la tercera unidad funcional cortical encargada de planificar y verificar las acciones.

Estos resultados están en correspondencia a los hallados en los Ítems de la batería neuropsicológica que se aplicó donde de forma general se observaron diferencias entre los grupos con un predominio de alteraciones en el grupo de estudio en la generalización y la transferencia como operaciones del pensamiento, funcionando a un nivel concreto no generalizando a situaciones de la vida o a otros contextos. Además se apreció la tendencia al pensamiento estereotipado, afectando la flexibilidad, no empleándose de una forma adecuada la capacidad de cambio o variación de la planeación inicial para responder apropiadamente a las exigencias de la nueva tarea. Existieron problemas para llevar al plano mental las cualidades esenciales de los objetos y unido a este proceso operacional del pensamiento se encontraron también dificultades en los procesos de análisis y síntesis, que permiten la distinción mental del objeto o fenómeno, de uno u otros aspectos o elementos y luego la unión e integración, de estos componentes separados del todo, mediante el análisis. Se apreciaron dificultades para determinar rasgos de semejanzas entre los objetos, lo que demostró la debilidad de las generalizaciones de adolescentes con conducta suicida y su inclinación hacia el pensamiento concreto, con un bajo nivel de generalización y abstracción lo que apunta hacia una pobre verificación y

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

planificación de las acciones mentales, así como limitaciones en el establecimiento de nexos lógico-abstractos.

En ambos grupos existió la tendencia hacia un pensamiento a nivel concreto en función de los usos o utilidades sin buscar rasgos esenciales en los conceptos, la diferencia esencial radicó en el hecho de que el grupo de control asimiló mejor los niveles de ayuda ofrecidos, no siendo así en el grupo de estudio.

En cuanto a la productividad predominó en el grupo 1 la solución de problemas sencillos o la no solución y respecto a la constancia la gran mayoría del grupo tuvo dificultades para la determinación del objetivo, incluyendo aquellos que no lograron comprender el objetivo de la tarea o los que aunque lo delimitaron no lo conservaron durante la realización de la actividad, siendo incapaces de asimilar los niveles de ayuda. En el grupo control ocurre lo contrario pues el 80% funcionó a un nivel alto.

En los adolescentes con conducta suicida se evidenció a través de las pruebas las limitaciones para la planificación de la tarea y verificación de la acción ya que ellos, a pesar de recibir niveles de ayuda, no consiguieron reestructurar su estrategia de solución y llegar al resultado correcto, lo que es un indicador de afectaciones en las estructuras prefrontales, encargadas de la planificación y verificación de la actividad en el funcionamiento de la tercera unidad funcional. Se corresponde a las ideas desarrolladas por Goldberg, (como se cita en Ardila y Ostrosky, 2012) que plantea que estas zonas cerebrales desempeñan un papel central para establecer fines y objetivos, asimismo, se encargan de concebir los planes de acción necesarios para alcanzar dichas metas. Además, selecciona las habilidades cognitivas necesarias para implementar los planes, coordinar dichas habilidades y aplicarlas en el orden correcto. Por último, también es responsable de evaluar el éxito o el fracaso de las acciones en relación con las intenciones.

Todos los resultados obtenidos hasta aquí indican alteraciones las que se corroboraron con los datos que ofrece el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender donde se obtuvieron marcados índices de organicidad en el grupo de estudio como indicador directo de estas afectaciones (en el 80% de los casos) no

### *Capítulo III: Análisis de los Resultados*

sucediendo igual en el grupo de pares. Además se encontraron indicadores de impulsividad, bajo control emocional, dificultades en los procesos de inhibición y excitación, lo que se corresponde con las alteraciones hasta aquí descritas de los lóbulos funcionales con repercusión en la capacidad de planificar, verificar y regular las acciones. Estas ideas han sido expresadas con anterioridad en la literatura científica. (Ardila y Rosselli, 1997; Ardila y Ostrosky, 2012; Luria, 1982; Mederos, 2012; Pineda, 1996)

Los resultados alcanzados en la investigación ratifican la necesidad de la aplicación de la neuropsicología a diversos contenidos de las ciencias psicológicas, proporcionando integración científica y aportando datos novedosos sobre la afectación de sistemas funcionales encargados de planificar, corregir errores y de sus potencialidades de desarrollo en los adolescentes, pudiendo contribuir a la búsqueda de indicadores dentro de la disciplina en tanto ofrece generalizaciones importantes relacionadas básicamente con el funcionamiento de la tercera unidad funcional.

# *Conclusiones*

Los resultados obtenidos en la muestra estudiada han permitido realizar las siguientes generalizaciones:

- Se apreció que la planificación, verificación y corrección de acciones como actividad básica de la tercera unidad de funcionamiento cortical en los adolescentes con conducta suicida presenta particularidades específicas y se diferencia de sus pares escolares que no han mostrado riesgo suicida.
- Las características neuropsicológicas distintivas del grupo estudio resultaron ser: la actuación sin evaluación de las consecuencias de sus acciones, limitaciones en la atención selectiva, deficiencias en los procesos intelectuales, tanto del pensamiento práctico-espacial, como del teórico, particularmente ante las exigencias que requieren hacer uso de nexos lógico-abstractos y de la síntesis simultánea, así como en la capacidad para la planificación y verificación de la acción, en la detección de los errores y en la precisión y coordinación de los movimientos en la realización de las tareas. También se notaron afectaciones en el control de los estados emocionales, pues existe una tendencia mayor a experimentar Ira, notando afectación en las escalas Sentimiento, Ira Rasgo y Exteriorización de la ira, lo que está relacionado directamente con las alteraciones en las áreas frontales y prefrontales, específicamente con la impulsividad y limitaciones en cuanto al control inhibitorio, siendo estas típicas en el grupo de estudio.
- El grupo de estudio presentó dificultades en la búsqueda de estrategias para solucionar problemas, así como insuficiencia en la expresión de los sistemas funcionales relacionados con la flexibilidad del pensamiento a nivel lógico abstracto y establecimiento de alternativas en la solución de problemas, lo que denota limitaciones en los sistemas funcionales neuropsicológicos más complejos que tienen su base en las estructuras corticales de la áreas prefrontales y frontales de la corteza cerebral.
- En la esfera afectiva, en los adolescentes con conducta suicida, predominaron las manifestaciones depresivas, destacándose los

sentimientos de aislamiento y soledad, labilidad afectiva e inestabilidad emocional a diferencia de sus coetáneos, sin antecedentes de conductas autolíticas donde predominó la estabilidad emocional.

- Se observó que la capacidad para asimilar los niveles de ayuda durante la aplicación de las técnicas resultó ser menor en los miembros del grupo estudio que en sus pares, lo que se asocia a las limitaciones en el control inhibitorio y las dificultades para verificar las acciones.
- Los elementos del contexto social de desarrollo que inciden en el funcionamiento de la capacidad para planificar y verificar acciones y diferencian a los grupos estudiados vinculados con la conducta suicida son antecedentes de conducta suicida en familiares como padres y hermanos, impulsividad en familiares cercanos, presencia de reacciones impulsivas en sus progenitores, disfuncionalidad familiar, predominando los estilos educativos inadecuados, relaciones inamistosas entre los padres en los casos donde había ocurrido divorcio. Otro elemento que resultó significativo fue el abandono familiar de algunos adolescentes del grupo estudio.
- En el contexto escolar el riesgo suicida estuvo asociado en muchos adolescentes al maltrato entre pares, el bajo aprovechamiento académico y la deficiente comunicación con sus docentes. Estos elementos diferenciaron a los miembros del grupo estudio de sus coetáneos.
- La metodología empleada resultó efectiva para explorar la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conductas suicidas y sus pares escolares.

# *Recomendaciones*

- Extender la investigación sobre la capacidad para planificar y verificar acciones a otros grupos de adolescentes con conductas de riesgo.
- Incluir la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y seguimiento terapéutico de los niños y adolescentes con conducta suicida, valorando sistemáticamente las funciones conservadas y afectadas en función de la labor de prevención.
- Considerar los dominios que resultaron afectados en mayor medida con el objetivo de establecer acciones para su protección.
- Teniendo en cuenta el aumento de la incidencia y prevalencia de las conductas suicidas en los adolescentes deben establecerse estrategias psicoeducativas en etapas tempranas del desarrollo, que contemplen acciones que incluyan a los menores afectados, las familias, los docentes y sus coetáneos.
- Realizar programas interventivos de psicoterapia grupal o individual con los estudiantes clasificados como riesgo.
- El manejo psicológico de los adolescentes con conducta suicida debe ir encaminado a atender las diferentes causas que subyacen en este comportamiento y así prevenir su aparición y consecuencias tanto individuales como familiares.
- Ofrecer entrenamientos en Neuropsicología al personal vinculado al sistema nacional de Educación para que desde su labor académico – formativa logren programas que incluyan estos aspectos y contribuyan a la adecuada planificación y verificación de las acciones mentales.

*Referencias*

*Bibliográficas*

1. Abeledo, A. (2011). *Comparación del funcionamiento neuropsicológico del pensamiento en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con y sin circulación extracorpórea*. Tesis de licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Santa Clara.
2. Alvaredo, C. M. (2013). *Caracterización del Control Inhibitorio en atletas de deportes de combates de la categoría juvenil en Villa Clara*. Tesis de licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
3. Álvarez, R. (2008). *Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
4. Acuña, S. P. y Rivera, P. A. (2009). *Características neuropsicológicas de adolescentes policonsumidores de sustancias psicoactivas*. (Trabajo de grado). Universidad de San Buena Ventura. Bogotá.
5. Alcázar, M. A., Verdejo, A., Bouso, J. C. y Bezos, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Revista Neurología*, 50 (5), 291- 9.
6. Alfaro, A., Valdés, J., Medina, R., Dávila, E., y Rivero, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 27(1), 33-41.
7. Alfonso, C. y Genis, A. D. (2012). Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research*, 5, (1), 52- 58. Disponible en: <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web>.
8. Alonso, L. E. (2009). *Características de la expresión de la Ira en adolescentes que practican boxeo*. Tesis de Licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
9. Alonso, A., Cairo, E. y Rojas, R. (2005). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Félix Varela.
10. Andrade, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15, (2), 694-695.

11. Aguilar, I. y Barreto, M. (2006). Conducta suicida. *Revista de Ciencias Médicas*, 12, (2). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12\\_2\\_06/hab12206.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab12206.htm).
12. Ardila, A y Rosselli, M. (1997). *Neuropsicología clínica*. (2.ed.). Medellín: Editorial Prensa Creativa.
13. Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. [En formato electrónico].
14. Arés, P. (2002). *Psicología de la familia, una aproximación a su estudio*. La Habana: Félix Varela.
15. Arias, M., Fernández, M., Martín, M., Arias, J. M. y Deronceré, O. (2008). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san05109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm).
16. Ayuso-Mateo, J., Baca-García, E., Bobese, J., Ginerf, J., Pérez, V., Sáize, P.,... Saiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista Psiquiátrica Salud Mental*, 5(1), 11- 14.
17. Baader, M., Urrap, E., Millán, R. y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento suicida y su enfrentamiento. *Revista Medicina Clínica*, 22 (3), 303-309.
18. Barroilheti, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vohringer, P., Araya, R.,... Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica Chile*, 140, 873-881.
19. Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.
20. Betisa, N. y Fernández, S. (2007). Repercusiones forenses del daño en el cortex prefrontal ventromedial.: Relevancia de la toma de decisiones. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 127-145.

21. Beck, A. T., Brown, G. y Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical rating of hopelessness. *Journal of Consult Clinical Psychologic*, 57, 309-10.
22. Bella, M., Fernández, R. y Willintong, J. (2010). Identificación de los factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(3), 24-29.
23. Bentosela, M. y Mustaca, A. E. (2003). El papel de la corteza prefrontal en la motivación y en la conducta intencional. *Suma Psicológica*. 10 (2), 153-166. Disponible en: <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/103/83>
24. Bernal, M. (2004). *Análisis de las características de la capacidad para planificar y verificar acciones en atletas de levantamiento de pesas categoría 15-16 años de Villa Clara*. Tesis de Maestría en Psicología Médica. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Santa Clara.
25. Bobes, J., Suíz, P., García, M., Bascarán, M. y Bousuño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
26. Bozchovich, L. I. (1989). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
27. Bordalejo, D., Boullosa, O., Hadid, E., Puricelli, M., Romero, E., Tannenhaus, L.,...Vázquez, G. (2012). Correlación entre impulsividad, temperamento, carácter y performance neurocognitiva en pacientes bipolares eutímicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(1), 5-16.
28. Brunner, T.M. y Spielberger, Ch. D. (2009). *State-Trait Anger Expression Inventory-II Child and Adolescent (STAXI-II C/A) professional manual*. U.S.A. Psychological Assessment Resources, Inc (PAR).
29. Camacho, M. y Iniesta, A. (2003). *Conductas alimentarias de riesgo su relación con la ideación e intento suicida en una muestra de adolescentes del DF*. Tesis de Licenciatura. UAEM. México.

30. Canol, P., Gutiérrez, C. y Martín, N. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonia peruana. *Revista Perú Medicina Experimental Salud Pública*, 26(2), 175-81. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/rpmesp>.
31. Canto, H. G. (2010). *Toma de decisiones en personas con traumatismo craneoencefálico severo*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
32. Castellanos T, Carrillo T, Cuervo N. y Molinet, H. (2007). Intento suicida en el niño y en el adolescente. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*. 4(3), 14. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>.
33. Cárdenas, D. (2008). *Comparación de las manifestaciones de depresión en adolescentes rechazados y aceptados socialmente por sus pares*. Tesis de licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
34. Cardoso, G. y Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe Universidad del Norte*, (23), 148-182.
35. Castillo, I., Ledo, H. y Jiménez, Y. (2007). Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 7(1), 125-142.
36. Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
37. Casullo, M. M., Bonaldi, P. y Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar editorial: S.A.
38. Casullo M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigación*, 12, 173- 182.
39. Cañón, S. y Toro, P. (2012). Caracterización de la población con conducta suicida en la clínica San Juan de Dios de Manizales. *Archivos De Medicina*, 12(1), 83-92.

40. Cortés, A., Aguiar, J, Medina, R, Toledo, J. L. y Echemendía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia de Santi Spiritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032010000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032010000100003&lng=es).
41. Cortés, A., Aguiar, J, Medina, R., Rodríguez, E. y Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General*, 27 (1), 33-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es).
42. Cubillas, M., Roman J., Abril, E. y Galaviz, L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35, 45-50.
43. Cruz, E., Moreira, I., Orraca, O., Pérez, N. y Hernández, P. L. (2011). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas* 15(4). Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm15-4/V15n4/050411.html>.
44. Cruz, F. y Roa, V. (2005). *Intento suicida en niños y adolescentes, criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo*. Tesis de licenciatura. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
45. Cruz, L. (2002). *Selección de Lecturas de Psicología del desarrollo*. La Habana: Editorial Varona.
46. Davison, G. y Neale, J. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.
47. De la Paz, L. (2011). *Comparación de las características prosociales de los adolescentes víctimas de abuso sexual y sus pares*. Tesis de licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.

48. Díaz, N. O. (2009). *Comparación de las características neuropsicológicas de adolescentes con Xeroderma Pigmentoso y sus pares que no portan la enfermedad*. Tesis de maestría en Psicología Médica. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
49. Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psych Scand*, 371(suppl), 9-20.
50. Domínguez, L. (2003). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Félix Varela.
51. Domínguez, L. (2007). *Psicología del desarrollo: problemas, principios y categorías*. La Habana: Editorial Félix Varela.
52. Dreke, A. (2011). *Análisis de factores moduladores de trastornos de adaptación en adolescentes*. Tesis de Maestría en Psicopedagogía. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
53. Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Ed. Akal Universitaria.
54. Ernst, M., Pine, D., y Hardin, M. (2006), Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine*, 36, 299-312.
55. Estevez, A., García, C. y Barraquer, L. I. (2000). Los Lóbulos Frontales: el cerebro ejecutivo. *Revista Neurología*, 31(6), 566-77. Disponible en: [http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home\\_1/rec/arc\\_2187.pdf](http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_2187.pdf)
56. Expósito F y Moya M (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12, 579- 585.
57. Fernández, L. (2002). *Personalidad y vínculo amoroso*. La Habana: Félix Varela.
58. Garcés, M. I. (2004). *Estudio de la conducta prosocial en adolescentes riesgo*. Tesis de Maestría en Psicopedagogía. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
59. García, J. L., Pineda, A., Almaguer, L., Gómez, K. y Martínez, A. (2011). Intento Suicida y Adolescencia. Una mirada teórica al fenómeno. *Revisión Bibliográfica*, 36 (1), 10. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_15\\_12\\_11/san101211.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_12_11/san101211.htm).

60. García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Trabajo de Diploma. México D.F.
61. Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. Ediciones B México, S.A. de C.V para el Sello Javier Vergara Editó.
62. González, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
63. González, S. (1998). *Conducta suicida: Un enfoque sistémico*. Tesis de Maestría Psicología Médica. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
64. González–Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina–Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P.,... Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997–2000. *Salud Mental*, 25, 1–12.
65. González, Y. y Rodríguez, A. (2003). *Características neuropsicológicas del adolescente con trastornos de conducta*. Tesis de Licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
66. Gorguet, M. (2006). *Violencia, sexualidad y drogas*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
67. Guibert, W. y Del Cueto, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19 (5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&nrm=iso).
68. Hale, J. & Fiorello, C. (2004). *Neuropsychology, a practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press.
69. Happaney, K., Zelazo, P.D. & Stuss, D.T. (2004). Developmental of orbitofrontal function: current themes and future directions. *Brain and Cognition*, 55, 1-10.
70. Herrera, L. F. (2004) Neuropsicología y psicoterapia: Una aproximación necesaria. Conferencia Magistral, *Jornada Territorial de Psiquiatría*. Santa Clara, mayo, 2004.

71. Herrera, L. F. (2010). *Avances y retos de la Neuropsicología contemporánea*. [Conferencia No.1]. Curso de Neuropsicología. Maestría en Psicología Médica.
72. Hernández, A. y Barreto, M. (2006). Conducta suicida. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 12(2). Disponible en:  
[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12\\_2\\_06/hab12206.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab12206.htm).
73. Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación* (4. ed.). México: Mc Graw- Hill.
74. Hulten, A. (2001). Repetition of attempted: frequency, timing and risk factors. *Adolescent Psychiatry*, 10(3), 161-9.
75. Jiménez, M. y Ruiz, S. (2011) Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11 (1), 36- 56.
76. Jódar- Vicente, M. (2004). Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Revista Neurología*, 39 (2), 178-182.
77. Idini, E., Márquez-Medina, D., Pifarré, J., Buj-Álvarez, I. y Castán-Campanera, E. (2012). ¿Son las alteraciones neuro- psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revisión y estado actual del tema. *Revista Neurología*, 55, 729-36.
78. Kaplan, H. I. y Sadock, B. (1991). *Compendio de Psiquiatría*. (2. ed.). Ciudad Habana: Edición Revolucionaria.
79. Koutek, J., Kocourkova, J., Hladikova, M. y Hrdlicka, M. (2009). Suicidal behavior in children and adolescents: does a history of trauma predict less severe suicidal attempts? *Neuro Endocrinol Lett*, 30(1), 99-106.
80. Lahoza, L. I. (2012). Cómo regular el comportamiento impulsivo de los niños en la escuela. *Revista Arista Digital*, 26, 32. Disponible en:  
<http://www.afapna.es/web/aristadigital> .
81. Larraguibel, M., González, P, Martínez, V., Y Valenzuela, R. (2004). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71 (3), 63- 69.

82. Lezak, M. D., Howieson, D.B., Loring, D.W., Hannay, H.J. y Fischer, J.S. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4 ed.). USA: Oxford University Press.
83. Lopera, F. (2008). Funciones ejecutivas: aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1), 59-76.
84. López, L. M. (2010). *Compendio de instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
85. Luria, A. R. (1978). *El cerebro en acción*. La Habana: Edit. Revolucionaria.
86. Luria, A. R. (1982). *Las Funciones Corticales Superiores del hombre*. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica.
87. Marrero, Y., Álvarez, N. E. y Farray, M. (2009). La familia y el comportamiento del intento suicida. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 15(3). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15\\_3\\_09/hab05309.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_3_09/hab05309.html).
88. Mas Colombo, E., Risueño, A., y Motta, I. (2003). Función ejecutiva y conductas impulsivas. Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Virtual Interpsiquis. Argentina.
89. Mederos, M. G. (2011). *Comparación de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con trastorno negativista desafiante y sus pares*. Tesis de maestría en Psicología Médica. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
90. Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., y Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex 'frontal lobe' tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49- 100.
91. Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La Medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24 (6), 4-15.
92. Morey, A. (2006). *Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

93. Muro, A., González, A., Toledo, J. L., Díaz, N. y Negrín, Y. (2007). Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos. *Gaceta Médica Espirituana*, 9(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%282%29\\_04/p4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%282%29_04/p4.html)
94. Nigg, J. T. (2000). On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 220-246.
95. OMS (2005). *La salud de los adolescentes: un desafío y una esperanza*. Ginebra: Autor.
96. OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales, intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Autor.
97. Oliva, A. (2007). Desarrollo Cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*. 25, (3), 239- 254.
98. Painuly, N., Pratap, S. y Matoo, S. K. (2005). Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión. *RET, Revista de Toxicomanías*, 45, 11- 18. Disponible en: [http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET\\_45-2.pdf](http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET_45-2.pdf).
99. Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009).
100. Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. y Gallardo, M. (2002) Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana Medicina Militar*, 31(3), 182- 187. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572002000300005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000300005&lng=es&nrm=iso).
101. Pérez, B S. (2008). La Adolescencia y el Comportamiento Suicida. Disponible en: <http://bus.sld.cu/libros/La-adolescencia.y-comportamientosuicida/índice-p.htm>.
102. Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalence and factors associated with

- suicidal behavior among Mexican students. *Salud Pública De México*, 52(4), 324-333.
103. Pérez, E., Hernández, A., Pérez, M., Cardero, D. y Beatón, Y. B. (2008). Modificación de conocimientos en profesores de la Escuela de Instructores de Artes "Pepito Tey" sobre la prevención del intento suicida en adolescentes. *MEDISAN*, 12(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_4\\_08/san02408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san02408.htm).
104. Pérez, N. M. (2012). *Neuropsicología clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
105. Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J. C., Atuesta-Fajardo, J. Y., y Suárez-Díaz, M. J. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria, Bogotá, 2004-2006. *Revista De Salud Pública*, 10(3), 374-385.
106. Pinel, J. (2008). *Biopsicología*. México: Prentice Hall.
107. Pineda, D. (1996). La función ejecutiva y sus trastornos. Disponible en: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/.../neuropsicologia-2-4.html>.
108. Ponds- Salvador, G., Cerezo, M. A. y Bernabé, G. (2005). Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. *Psicothema*, 17 (1), 37- 42. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3061>.
109. Puig, M. V., Celada, P. y Artigas, F. (2004). Control serotoninérgico de la corteza prefrontal. *Revista de Neurología*, 39(6), 539-547.
110. Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw- Hill.
111. Prado, R. (2004). Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. *Revista de Medicina General Integral*, 28(4), 97-124.
112. Reyes, Y. (2010). *Comparación de las manifestaciones de la depresión en adolescentes con trastornos de adaptación y sus pares*. Tesis de licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.

113. Risueño, A., Motta, A. y Más Colombo, E. (2007). Aspectos biopsicoaxiológicos del adolescente. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/aspectos.pdf>.
114. Risueño, A. (2000). *Neuropsicología. Cerebro, Psique y Cognición*. Buenos Aires: Erre Eme edit.
115. Rivera, M. y Herrera, L. (2002). *Perfil psicológico de personas con intento suicida*. México: Instituto Politécnico Nacional.
116. Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista Investigaciones Psicológicas*, 10 (1), 91-102. .
117. Rodrigo, M., Máiquez, M., Mendoza, R., Martínez, A. y Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, (2), 203-210.
118. Rodríguez, J., Fernández, A. M., Hernández, E. y Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 24, 63–69.
119. Rodríguez, H. (2011). *Caracterización de la depresión en adolescentes con Lupus Eritomatoso Sistémico*. Tesis en opción al grado de Máster en Psicología Médica. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
120. Rodríguez, R., Pedraza, M. y Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana Medicina Militar*, 33 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572004000100004&lng](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100004&lng).
121. Ruiz, H. Y. (2008). *La predisposición motivacional al intento suicida en pacientes mujeres dispensarizadas*. Tesis de licenciatura. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
122. Salvo, G. y Melipillán, A. (2008). Predictores de la suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46 (2), 115-123.

123. Shafter, D., Pfeffer, C., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, S.,... Kroeger, K. (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 65 (2), 146- 180. Disponible en: [http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/oct2001/03\\_parametros.pdf](http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/oct2001/03_parametros.pdf)
124. Sanabria, G., Herrera, L. F. y Gómez, S. (2004). *Características neuropsicológicas de adolescentes con Lupus eritematoso sistémico*. Santa Clara: Editorial Feijóo.
125. Sánchez R, Cáceres H. y Gómez D. (2004). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 24(2), 407-16.
126. Sánchez, P. y Quemada, J.I. (2000). Trastorno orgánico de la personalidad. Aspectos conceptuales y diagnósticos. *Revista de Neurología*, 30(8), 772- 778.
127. Sánchez, I., López, I., Arges, A., Cruz, O. y O´Farril, M. (2008). El intento suicida como causa de intoxicación en pediatría. *Revista Cubana Medicina Interna Emergencia*, 6(4), 10. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6\\_4\\_07/mie08407.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_4_07/mie08407.htm).
128. Santana, F., Ovies, G., Verdeja, V. y Fleitas, R. (2006). Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu06306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu06306.htm)
129. Sans, Y. A. (2011). *Adaptación del STAXI-II C/A (versión niño-adolescente) para la población cubana*. Tesis de maestría en Psicología Médica. Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Santa Clara.
130. Sarmiento, Z., Sánchez, S., Vargas, I. y Álvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *MEDISAN*, 14 (8). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_8\\_10/san02810.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm)

131. Sarracent, A., Corpeño, R. y Monge, E. (2007). Comportamiento de la conducta suicida en el hospital. Disponible en: <http://http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0206/hph02206.htm>.
132. Sarro, C. (2000). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
133. Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F. (2008). *Neuropsicología de las funciones ejecutivas. Manual de neuropsicología*. Barcelona: Viguera.
134. Torres, L., Díaz, L., Font, D., Rodríguez, V., Urrutia, S. y Gómez, B. (2006). Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastorno de personalidad. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000100007&lng=es).
135. Torres, I. L. (2008). *Estudio neuropsicológico de adolescentes con trastornos de conducta*. Tesis de licenciatura. Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
136. Tovilla-Zarate, C. A., Genis, A. D., (2012). Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 52-58. Disponible en: <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web>.
137. Vadear, T., Urra, E., Millán, R. y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Medicina clínica*, 22(3), 303-309.
138. Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(2), 165-171. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252009000200009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252009000200009&lng=es).
139. Vigostky, L. S. (1987). *Historia de las funciones psíquicas superiores*. Habana: Editorial Científico- Técnica.
140. Vinet, E. S., Salvo, S. y Foros, M. (2005). Adolescentes no consultantes en riesgo: una evaluación a través del MACI. *Anuario de Psicología*, 36, (1),

- 83-97. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=97017363004>.
141. Wishaw, K. (2006). *Neuropsicología humana*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
142. Wu, K. K., Chan, S. K., Leung, P. W. L., Liu, W., Leung, F. L. T. y Ng, R. (2011). Components and developmental differences of executive functioning for school-aged children. *Developmental Neuropsychology*, 36(3), 319-337.

*Anexos*

**Anexo 1: Acta de Consentimiento Informado**

Vueltas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

*Mediante la presente se hace constar nuestra disposición para participar en la investigación: “Comparación de las características neuropsicológicas de la capacidad para planificar y verificar acciones en adolescentes con conducta suicida y sus pares”, conociendo de antemano los objetivos que persigue dicho trabajo, así como las técnicas que se emplearán en el mismo.*

\_\_\_\_\_  
*Adolescente*

\_\_\_\_\_  
*Padre o tutor (a)*

\_\_\_\_\_  
*Investigador*

## **Anexo 2: Análisis Psicológico de la Historia Clínica**

- ❖ Edad.
- ❖ Antecedentes Patológicos Personales.
- ❖ Antecedentes Patológicos Familiares.
- ❖ Factores de Riesgo.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Tratamientos anteriores.
- ❖ Otros datos de interés.

**Anexo 3: Entrevista semiestructurada a los adolescentes.**

Indicadores:

- Datos personales.
- Crear empatía.
- Esfera familiar.
- Esfera escolar.
- Esfera afectivo – motivacional.
- Esfera social o de relaciones interpersonales.

**Anexo 4: Cuestionario de aislamiento y soledad (CAS) de M. M. Casullo.**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A continuación encontrarás una serie de frases que se refieren a tu modo de ser o actuar. Léelas con atención y señala la alternativa de respuesta que mejor represente tu forma de ser o actuar con un valor entre 1 y 4. Las alternativas de respuesta son: Nunca (escribir 1), Algunas veces (escribir 2), Muchas veces (escribir 3), Siempre (escribir 4). No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. Fíjate y no dejes ninguna sin responder.

1. Me cuesta relacionarme con los demás. \_\_\_\_\_
2. Creo que a nadie le gusta charlar conmigo. \_\_\_\_\_
3. Me siento muy solo/a. \_\_\_\_\_
4. Cuando lo necesito, siempre hay alguien que me ayuda. \_\_\_\_\_
5. Mis amigos siempre cuentan conmigo. \_\_\_\_\_
6. Cuando hay que hacer algo en grupo, intento evitarlo. \_\_\_\_\_
7. Tengo problemas con los demás. \_\_\_\_\_
8. Me gusta estar en sitios donde hay poca gente. \_\_\_\_\_
9. En mi tiempo libre estoy con familiares o amigos. \_\_\_\_\_
10. Tengo buenas relaciones con mis padres. \_\_\_\_\_
11. Tengo muy pocos amigos. \_\_\_\_\_
12. Suelo estar solo/a porque los demás no quieren estar conmigo \_\_\_\_\_
13. Tengo con quién hablar de mis problemas. \_\_\_\_\_
14. Me gusta estar con otras personas. \_\_\_\_\_
15. La gente tiene una buena opinión sobre mí. \_\_\_\_\_
16. Me gusta estar solo/a. \_\_\_\_\_
17. Me gusta estar con mucha gente. \_\_\_\_\_
18. Me cuesta saludar a la gente. \_\_\_\_\_
19. Cuando hay mucha gente en un sitio, intento no ir. \_\_\_\_\_
20. Tengo buenos amigos. \_\_\_\_\_
21. Evito estar con gente. \_\_\_\_\_
22. Estoy distraído/a, no me entero de lo que pasa a mí alrededor \_\_\_\_\_
23. Me molesta estar con amigos. \_\_\_\_\_
24. Me siento acompañado/a. \_\_\_\_\_
25. Soy feliz. \_\_\_\_\_

**Anexo 5: STAXI- 2.**

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

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

<b>A: NO EN ABSOLUTO</b>	<b>B: ALGO</b>	<b>C: MODERADAMENTE</b>	<b>D: MUCHO</b>
--------------------------	----------------	-------------------------	-----------------

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO					
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy alterado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir "malas palabras"	A	B	C	D
7	Estoy molesto	A	B	C	D
8	Me gustaría dar puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría hecharle la bronca a alguien	A	B	C	D

**PARTE - 2  
INSTRUCCIONES**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

<b>A: CASI NUNCA</b>	<b>B: ALGUNAS VECES</b>	<b>C: A MENUDO</b>	<b>D: SIEMPRE</b>
----------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

COMO ME SIENTO NORMALMENTE					
16	Me encolerizo rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me molesto con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si ni me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D

<b>25</b>	<b>Me enfado cuando se me trata injustamente</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
-----------	--	----------	----------	----------	----------

**STAXI - 2 (Continuación)**

**PARTE - 3  
INSTRUCCIONES**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

**A: CASI NUNCA**

**B: ALGUNAS VECES**

**C: A MENUDO**

**D: CASI SIEMPRE**

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
26	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27	Expreso mi ira	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos a los demás	A	B	C	D
30	Mantengo la calma	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34	Discuto con los demás	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38	Digo barbaridades	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42	Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44	Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46	Trato de relajarme	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

---

---

**Anexo 6: Ítems de la Batería de Diagnóstico Neuropsicológico de A. R.**

**Luria.**

❖ ***Comprensión de láminas temáticas y de los textos.***

- Interpretación de refranes y frases metafóricas:

*“Corazón de piedra”.*

*“Mano de hierro”.*

*“Caminar con los codos”.*

*“Todo lo que brilla no es oro”.*

*“Más vale pájaro en mano que cien volando”.*

*“Estar en misa y en procesión”.*

*“Árbol que nace torcido jamás su tronco endereza.”*

❖ ***Formación de conceptos.***

- Definir palabras: mesa, tractor, árbol, isla, perro, niño.

- Comparación y diferenciación de los conceptos.

*Se proponen pares de conceptos que debe comparar y hallar lo que tengan en común denominándolos con una misma palabra:*

Mesa y silla (muebles).

Vaso y plato (vajillas).

Lápiz y goma (utensilios para escribir).

Gato y perro (animales).

Rosa y clavel (flores).

Casa y edificio (construcciones).

*Diferencia que separa a las siguientes categorías o conceptos:*

Pez y pescado.

Relámpago y trueno.

Lago y río.

Lluvia y llovizna.

❖ **Pensamiento discursivo.** Solución de problemas.

- Problemas matemáticos:

*“Raúl tenía dos naranjas y Ramón 6. ¿Cuántas naranjas tenían entre los dos?”*

*“Katia tenía 7 mangos y regaló 3. ¿Cuántos les queda?”*

*“María tenía 4 naranjas y Sonia 2 naranjas más. ¿Cuántas tenía Sonia y cuántas tenían entre las dos?”*

*“Un hombre camina hasta la terminal en 15 minutos y un ciclista marcha 5 veces más de prisa. ¿Cuánto tiempo tarda el ciclista en llegar a la terminal?”*



**Anexo 8: Variante infantil de la Prueba de Simultaneidad de los Signos**

Protocolo de la prueba de Simultaneidad de Signos

Nombre.....

Escuela.....Edad.....Sexo.....

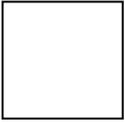
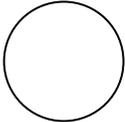
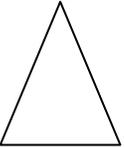
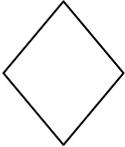
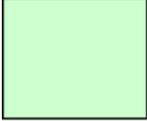
Diagnostico.....

Etapas	5	10	15	20	25
I. Conteo sencillo					
II. Conteo por agrupación según el color					
III. Conteo por agrupación según la forma					
IV. Conteo con ubicación en el tablero					

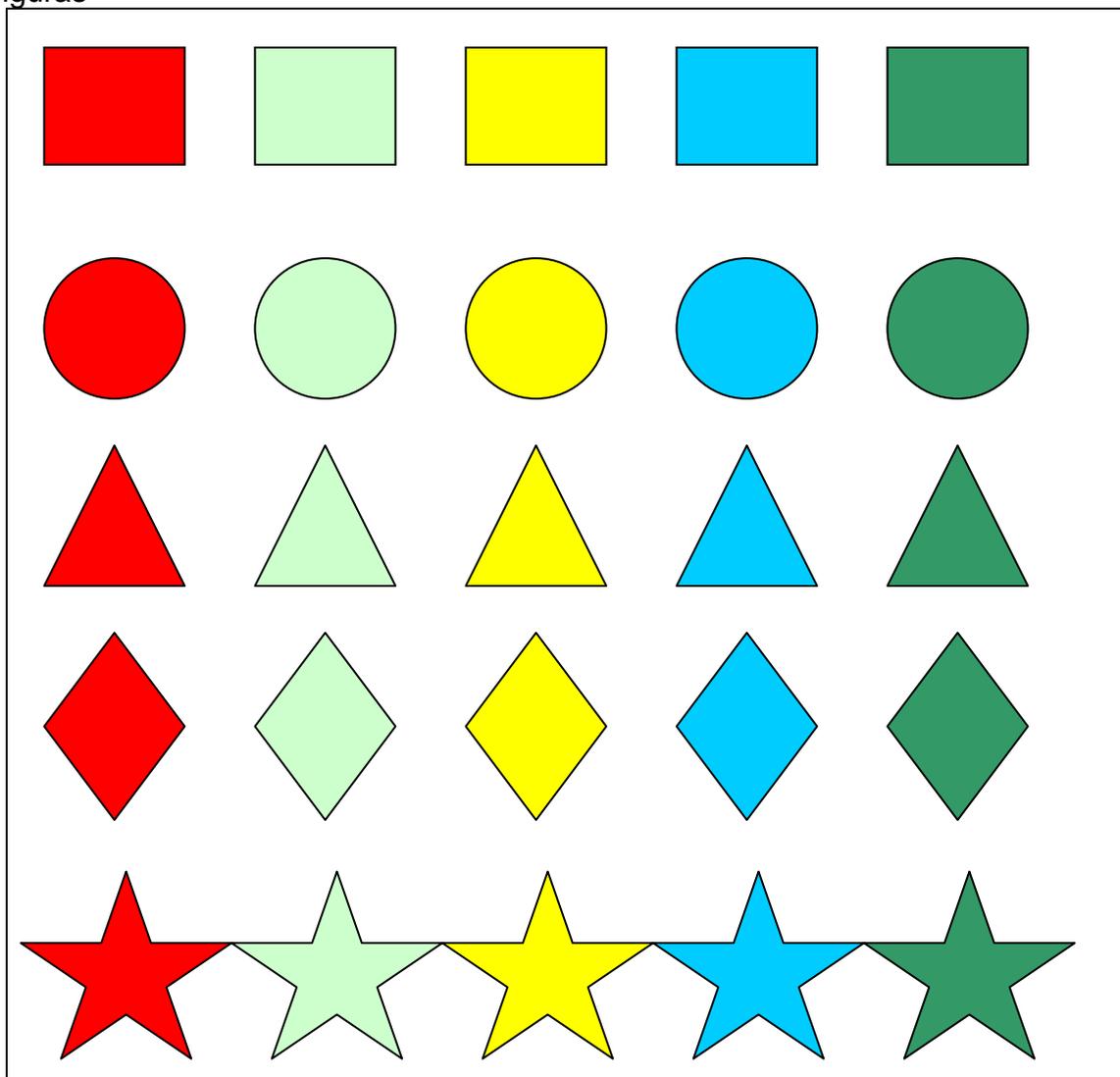
$IV - (II + III) =$  \_\_\_\_\_ *Déficit.*

Observaciones:

Tablero

Colores					
					
					
					
					
					

Figuras



**Anexo 9: While-Bear Supresión Inventory (WBSI)**

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

A continuación se presentan una serie de cuestiones, indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

A	B	C	D	E
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Hay cosas que prefiero no pensar	A	B	C	D	E
2	Algunas veces me pregunto por qué tengo los pensamientos que tengo.	A	B	C	D	E
3	Tengo pensamientos que no puedo parar.	A	B	C	D	E
4	Hay imágenes que viene a mi cabeza que no puedo eliminar.	A	B	C	D	E
5	Mis pensamientos vuelven normalmente sobre la misma idea.	A	B	C	D	E
6	Ojala pudiera dejar de pensar en ciertas cosas.	A	B	C	D	E
7	Algunas veces mi mente van tan rápido que desearía poder detenerla	A	B	C	D	E
8	Siempre intento apartar los problemas de mi mente	A	B	C	D	E
9	Hay pensamientos que constantemente vienen a mi mente.	A	B	C	D	E
10	Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos no se introduzcan en mi mente.	A	B	C	D	E
1	Hay cosas sobre las que intento no	A	B	C	D	E

---

---

1	pensar					
1	Algunas veces me gustaría de verdad	A	B	C	D	E
2	poder dejar de pensar.					
1	A menudo hago cosas para distraerme	A	B	C	D	E
3	de mis pensamientos					
1	Tengo pensamientos que intento	A	B	C	D	E
4	evitar					
1	Tengo muchos pensamientos que no	A	B	C	D	E
5	se los cuento a nadie.					

**Anexo 10: Procesamiento estadístico de las técnicas aplicadas.**

**Cuestionario de aislamiento y soledad.  
Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Aislam.- Soledad
U de Mann-Whitney	26,000
W de Wilcoxon	491,000
Z	-7,023
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Código

**STAXI-2**

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Sent.	Exp.V	Exp. F	E. Ira	Temp.	R. Ira	Ira Rasg	Expres. Externa	Expres. Interna	Control Externo	Control Interno	Índic Ira
U de Mann- Whitney	390,0 00	450,0 00	450,0 00	450,0 00	180,00 0	180,0 00	136, 500	297,00 0	109,00 0	332,00 0	369,00 0	315, 000
W de Wilcoxon	855,0 00	915,0 00	915,0 00	915,0 00	645,00 0	645,0 00	601, 500	762,00 0	574,00 0	797,00 0	834,00 0	780, 000
Z	-2,053	,000	,000	,000	-4,997	- 4,950	5,20 8	-2,810	-5,523	-1,953	-1,669	3,22 3
Sig. asintót. (bilateral)	,040	1,000	1,000	1,000	,000	,000	,000	,005	,000	,051	,095	,001

a. Variable de agrupación: Código

**Simultaneidad de signos.  
Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Simultaneidad
U de Mann-Whitney	210,000
W de Wilcoxon	675,000
Z	-4,251
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Código

**Cubos de Kosh.  
Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Cubos
U de Mann-Whitney	210,500
W de Wilcoxon	675,500
Z	-3,766
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Código

**WSBI  
Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Rumiaciones	Intrusivo	Supresivo	Autodistracción n
U de Mann-Whitney	72,000	12,000	22,500	90,000
W de Wilcoxon	537,000	477,000	487,500	555,000
Z	-6,021	-7,009	-6,960	-5,644
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

a. Variable de agrupación: Código

**Ítems de la Batería Neuropsicológica de A. R. Luria.  
Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Productiv.	Const.	Interpret. Refran	Formación. Concepto	Definición. Concepto	Comparac.
U de Mann-Whitney	182,500	202,500	302,000	355,500	385,500	412,500
W de Wilcoxon	647,500	667,500	767,000	820,500	850,500	877,500
Z	-4,075	-4,117	-2,404	-1,597	-1,205	-,639
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,016	,110	,228	,523

a. Variable de agrupación: Código

**Test Gestáltico Visomotor de L. Bender (Bender).  
Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Bender
U de Mann-Whitney	229,500
W de Wilcoxon	694,500
Z	-3,479
Sig. asintót. (bilateral)	,001

a. Variable de agrupación: Código