

I.INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

Se puede entender a la agresión como cualquier conducta que tenga el propósito de producir daño físico o psicológico a otros. Sin embargo, además de ser una forma de conducta, resulta un motivo en y por sí mismo, considerado por algunos psicólogos como parte de un instinto innato que se desencadena por el dolor y la frustración, y por otros como un impulso innato que debe ser canalizado hacia fines constructivos (Morris, 1996).

Ahora bien, hay diferencia entre lo que es la agresión y la agresividad, ya que en la mayoría de los casos suelen fusionarse ambos conceptos, o bien pensarse que son el mismo caso y en realidad no es así: la agresión puede definirse como un comportamiento físico o verbal (un acto observable) orientado a lesionar o destruir (Myers, 1986), mientras que la agresividad se puede expresar como una tendencia o disposición más bien a agredir.

No obstante, muchos psicólogos ven a la agresión como una respuesta aprendida, modelada a la imitación de la conducta agresiva de otros (Morris, 1996).

En cuanto a esto, Buss (1961) marca una diferenciación entre ambas y define la agresión como una reacción que descarga estímulos perjudiciales sobre otro organismo y que la agresividad a su vez es más bien una variable de personalidad, un hábito de ataque que implica respuestas constantes y que perduran; además menciona cuáles son los componentes de la agresividad: agresión verbal y física, a su vez pueden expresarse de forma -directa o indirecta-, -pasiva o activa-.

Así pues, la presente investigación busca demostrar que la agresividad influye en el nivel de auto destructividad en las personas, en este caso, principalmente en los adolescentes.

2. AGRESIVIDAD

Choynowski (1977) define la agresividad como un rasgo de personalidad muy complejo que abarca los siguientes aspectos: agresividad física, agresividad verbal, malicia, irritabilidad, negativismo, vengatividad, resentimiento, suspicacia, agresividad vicaria, autoagresión, valor físico, inconformidad y falta de autocontrol, los cuáles representan estímulos nocivos para sí mismo o para otras personas.

Además menciona que la razón más importante por la cual falta un instrumento inapropiado para el estudio global de la agresividad u hostilidad, es la medición de ésta como algo unitario y homogéneo, siendo que la agresividad no es ni unitaria ni homogénea (Choynowski, 1977). Por ello, este autor prefiere el modelo de rasgos.

En cuanto a las características conductuales de la conducta agresiva se puede decir que hay una expresividad inapropiada, un realce propio a costa de los demás que es directo, activo y honesto. Al mismo tiempo el tipo de sentimientos que el sujeto tiene son de rectitud, superioridad, deprecación y posibles sentimientos de culpa posterior. Por su parte, los sentimientos de quienes reciben el “maltrato” son de humillación, cólera y/o dolor. Y por último, los sentimientos de dicho receptor del maltrato hacia quien actuó agresivamente con él son de venganza, cólera, odio y resentimiento.

Dentro de la agresión verbal se pueden transmitir dos tipos de estímulos perjudiciales: el rechazo y la amenaza. El rechazo es un ataque a la víctima por medio de una expresión que denota enemistad, indeseabilidad o desagrado. El rechazo puede darse a través de un “comentario hostil” (se ataca al blanco por medio de una respuesta afectiva de carácter negativo, connota sentimientos,

«la crítica» (ataque no directo a un individuo, devaluando elementos relacionados con él); la «derogación» (es más hiriente que la crítica, incluye manifestaciones negativas dirigidas a la persona misma) y la «blasfemia» es la agresión verbal de más fuerza. La amenaza verbal es un comportamiento que representa reemplaza o antecede una disputa.

La conducta agresiva se media cognoscitivamente, (Crack and Dodge, 1996). Si una persona reacciona agresivamente o no en una situación social, depende de cómo se percibe la situación y de la experiencia de la persona en situaciones similares.

Ahora bien, se puede decir que en determinadas circunstancias hay una confusión entre agresividad y agresión, ya se ha definido la primera, pero en el caso de la segunda, es una reacción que descarga estímulos perjudiciales sobre otro organismo (Buss, 1961). Pero para este estudio la relación entre ambos términos sí puede funcionar como uno, un sinónimo del otro.

La agresión puede ser directa o indirecta en ataques tanto físicos como verbales. Una agresión es de carácter indirecto cuando se obstaculiza el reconocimiento claro del agresor, puede darse en forma de chismes (agresión verbal) y daño a propiedades del individuo (agresión física). En este tipo de reacciones no se da un ataque directo contra la persona. La agresión también puede expresarse en forma pasiva o activa, siendo esta última generalmente más común (mediante el ataque físico o verbal). Cuando el agresor no emite una respuesta activa y sin embargo transmite un estímulo nocivo la agresión es pasiva (Buss, 1961).

La agresividad desde un punto de vista teórico, nos permite organizar, de alguna u otra manera, tanto las experiencias como las observaciones de

ciertos aspectos de la conducta en los seres humanos, para dar un sentido y al mismo tiempo unificar, de una manera más completa determinadas conductas, como por ejemplo: la conducta motora, la fisiología y por supuesto también la vivencial.

Pero este constructo teórico tiene tres dimensiones: a) Una dimensión conductual –en el sentido de conducta manifiesta- a la que llamamos agresión; b) una dimensión fisiológica –en el sentido de concomitantes viscerales y autonómicos- que forma parte de estados afectivos; c) una dimensión vivencial o subjetiva, que cualifica la experiencia del sujeto, a la que llamamos hostilidad (Lolas, 1991).

Konrad Lorenz (1966) provocó una gran polémica por declarar que la agresión (entendida como comportamiento visible) tenía una función adaptativa en la evolución y era, por ende, tan natural como respirar y comer. Si es natural, entonces es inevitable y no necesariamente «mala». Aunque este concepto, difiere bastante de lo que generalmente se piensa y de lo que en realidad sucede a nuestro alrededor cuando nos encontramos en ciertas situaciones de la vida cotidiana que tienen que ver con la agresión.

Podemos referirnos entonces a agresión como un comportamiento destructivo que causa real o potencialmente daño a objetos o seres animados (Lolas, 1991).

Por su parte, la agresión reactiva, en defensa de la individualidad, de la propiedad y de la seguridad, tiene sus raíces en el temor y en la posibilidad de que otro cause daño a la dignidad o al estatus.

Así pues, la agresión al hijo, por ejemplo, es provocada por una amenaza a la propia dignidad y respeto, aunque tal amenaza puede ser el

resultado de la manipulación de otras personas o malas interpretaciones y no se base en la realidad (Macías, 1979).

2.1 Características de la agresión

La agresión como tal, tiene ciertas conductas características:

- a) Transitividad: La conducta tiene origen en un agresor y termina en un agredido. Hay una polaridad actividad-pasividad y en la relación de los términos afinca la definición;
- b) Direccionalidad: Que especifica en un plano más preciso hacia dónde se dirige el acto agresivo. Podría ser el yo hacia otros, hacia objetivos o seres vivos, etc.;
- c) Hay goal-directedness: Bien del agresor (intención de dañar) o bien del agredido (intención de evitar o prevenir).

Estas características son importantes de contrastar con una definición operativa de violencia, esta es la manifestación o ejercicio inadecuado de la fuerza (o del poder) (Lolas, 1991). Lo que sí, cabe mencionar que pueden haber actos agresivos que no sean violentos.

Existen varios modelos que tienen que ver con el tema de la agresividad en los seres humanos, pero en particular, me gustaría mencionar el modelo psiquiátrico que centra mayormente en las características personales del agresor los principales determinantes de la violencia.

Este modelo incluye aproximaciones teóricas que ligan la conducta agresiva con el alcohol, el uso de drogas, la enfermedad mental y otros desórdenes individuales (Grosman, 1991).

La conceptualización anterior está íntimamente relacionada con parte de lo que en esta investigación se propone: la interrelación entre agresión y conducta autodestructiva, y que a su vez, de cierta manera, nos ratifique la presunción hipotética.

Ahora bien, es importante no confundir la Autodestructividad con la conducta de autolesión, definida por Fee y Matson (1998) como las conductas frecuentemente repetitivas y rítmicas que llevan a un daño físico, por ejemplo: golpes en la cabeza, morderse las manos y/o dedos, lastimarse los ojos con las manos, jalarse fuertemente el cabello, lastimarse con las uñas.

Tampoco debe confundirse con los comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (cortarse o quemarse) característicos del sujeto que presenta el trastorno límite de la personalidad (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV, 1995), ya que estos actos auto-destructivos se desencadenan por temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad, donde la automutilación ocurre durante experiencias disociativas, proporcionándole alivio a la persona ya que reafirma su capacidad para sentir o porque le sirve de expiación a sus sentimientos de maldad.

2.2 Tipos de agresión

Se puede decir que en sí hay dos tipos de agresión, que son la instrumental y la irascible. En el primer caso, ésta no busca el malestar o daño de una persona, sino más bien, el individuo agrede a otro por estar

obstaculizando de alguna u otra manera cierta recompensa externa en particular o bien, agrede para dar fin a una situación aversiva.

Por su parte, la agresión irascible tiene que ser reforzada de alguna manera por el malestar de la víctima para causarle algún daño. De lo anterior, cabe decir que este tipo de agresión no es sino consecuencia de ira.

Por otro lado existen otros tipos de agresión que serán detallados más adelante y que de hecho forman parte de los factores de análisis para este estudio, como son: la agresión vicaria, la irritabilidad, la malicia, el negativismo, la vengatividad, el resentimiento, la suspicacia, la autoagresividad, el valor físico, la falta de autocontrol y la inconformidad.

2.3 Teorías sobre la agresión

Hay tres factores recurrentes de la agresión: frustración, las amenazas de la propia imagen y las situaciones estresantes. La frustración, ha sido considerada desde hace mucho, habiéndola sostenido por primera vez Dollard en 1939. En algunos casos se trata de una frustración profundamente arraigada por no haber logrado satisfacer las necesidades emocionales. En otros casos se trata simplemente de las frustraciones resultantes de la vida cotidiana y del cuidado de los hijos (Garraida, 1979).

La causa del estrés, por su parte, podría parecernos de alguna u otra manera mínima. Así pues, lo importante en los seres humanos es su manera de ver las crisis y el modo como reaccionan ante ellas, esto depende de la personalidad de cada quién.

Podemos decir que hay cuatro teorías principales a través de las cuales tratan de explicarse las razones por las que la agresión aparece y a continuación las mencionaré:

Teoría del instinto: La conducta instintiva es aquel patrón de comportamiento que no se prende y con el que nace todo integrante de una misma especie (Myers, 1991). Freud expuso que los hombres nacían con el instinto de agredir, consideraba a los instintos como impulsos que orientaban al ser humano al logro de metas. Postuló que la agresión era producto de un instinto destructivo que proviene del instinto de muerte que posee el hombre y que éste pretendía llevarlo a un estado de inexistencia que lo libraría de tensión. Manifestaba que siempre se daba una guerra a lo largo de la vida del hombre, entre el instinto de vida y el de muerte y que finalmente dominaba el instinto de muerte.

Para Sigmond Freud, la fuerza del instinto de muerte determina la necesidad de sacar agresión hacia el exterior contra otras personas u objetos. Al no ser liberada esta agresión queda encerrada en la persona en forma de autodestrucción (Buss, 1961).

En determinadas situaciones nos preguntemos en algún momento por qué tuvimos tal o cual reacción sobre alguien o algo en particular y no encontremos una respuesta satisfactoria al respecto, ya que como se vio habrá ocasiones en que como parte de nuestros instintos estos salgan a relucir de alguna u otra manera.

Esta teoría tiene su crítica ya que como sabemos en el mundo hay diversas culturas, y por tanto, diversos tipos de conductas y valores, también por ello, algunos grupos de seres humanos están a favor del pacifismo y otros por el contrario de la violencia, de ahí que hayan críticos que digan que el

hombre no nace violento o pacífico, sino que más bien su agresión se da como resultado a la acción recíproca entre los procesos de tipo biológico y el medio externo.

Teoría biológica: Esta teoría habla de la exclusividad de la agresión en las partes específicas del cerebro que la puede activar. Existen ciertos centros neuronales que cuando son estimulados generan conductas agresivas.

El sistema límbico está íntimamente relacionado con la agresión. Es un conjunto de estructuras cerebrales ubicadas en el «cerebro inferior» y el «tallo encefálico superior». El sistema límbico está asociado con emociones y la motivación.

Hay estudios, que indican que la herencia juega un papel en la sensibilidad de centros neuronales que regulan la agresión de cada individuo. Además de la herencia, factores como los contenidos en la sangre (grandes cantidades de alcohol como un bajo nivel de azúcar) llevan a conductas agresivas. También las hormonas sexuales ejercen influencia en el comportamiento agresivo. La hormona que más se ha relacionado con la agresión es la testosterona. Así mismo enfermedades y lesiones cerebrales pueden producir un comportamiento agresivo (Myers, 1991).

Teoría frustración-agresión: Esta teoría fue propuesta por Dollard y Cols. Dollard citado por Myers (1991) definió la agresión como una acción cuyo objetivo es perjudicar a otro ser viviente. Él postuló que la agresión era consecuencia de la frustración. Para Dollard un obstáculo que se interponía en el logro de una meta producía frustración, la cual provoca ira que conduce a un comportamiento agresivo. Su teoría explica que entre mayor es la frustración generada, mayor es la agresión.

También habló del desplazamiento de la agresión que se da cuando no se puede enfrentar al sujeto que provocó la frustración (ya sea que no está presente o por temor a ser castigado) y se agrede a otro. De acuerdo con esta teoría los dos tipos de agresión más comunes que siguen a la frustración son la agresión física y la verbal.

Teoría conductista o de aprendizaje social: Para Bandura (1973), la agresión es la respuesta que perjudica al sujeto o a sus pertenencias, causándole un daño físico o psicológico (mediante la degradación o devaluación). Esta teoría sugiere que el ser humano desde niño aprende a agredir. La mayor parte de este aprendizaje proviene de observar a los padres.

También contribuyen amigos y medios de comunicación. Según estas teorías, las probabilidades de que un niño o adulto determinados manifiesten agresividad, así como la fuerza y la intensidad de su comportamiento agresivo, dependerán del tipo de recompensas o castigos que hayan recibido en el pasado; de la presencia e influencia de modelos agresivos y del punto en el que la agresión haya conseguido aliviar su enojo y su hostilidad le haya llevado a alcanzar los fines a los que aspiraba (Garralda, 1979).

Teoría psicoanalítica: Anna Freud dijo que los instintos innatos del hombre: sexo y agresión, tienen un papel principal en la formación de la personalidad. El hombre desarrolla las funciones del ego para reconciliar las demandas de gratificación de los instintos, de acuerdo con las condiciones de su ambiente. El sexo tiene la función de preservar, propagar y unificar la vida, mientras que la agresión sirve para el fin opuesto, o sea deshacer conexiones y destruir la vida.

Teoría somática: En los animales y en los seres humanos se ha demostrado un sustrato neurológico como requisito para la elaboración y la expresión de la

agresión. En los animales, el comportamiento agresivo se puede fomentar, disminuir o eliminar a través de lesiones cerebrales generalmente situadas en o cerca del sistema límbico y en el hipotálamo. Estas mismas regiones son importantes cuando se trata de estudios de los humanos, y los electroencefalogramas de los psicópatas agresivos también las han identificado como posibles áreas disfuncionales.

2.4 Agresión y diferencias de género

Una creencia popular sostiene que los hombres son más agresivos que las mujeres. Existe evidencia de la observación cotidiana que apoya este estereotipo (Morris, 1996).

Esto lo vemos en noticieros, películas, programas de televisión, y en nuestro alrededor muchas veces con vecinos, amistades, etc. en los que en la mayoría de los casos son siempre los hombres quienes están más inmiscuidos en situaciones violentas y/o agresivas, y esta agresión, suele ser, la mayoría de las veces más tangible (de manera física); en cambio, en el caso de las mujeres la agresión se da más bien de manera sutil.

McGregor (2000), por su parte, percibió que las mujeres son más dirigidas a una conducta hostil no verbal/conductual (pasivo/agresiva) que a los hombres y que al mismo tiempo hay diferencias de género en la expresión de la hostilidad y las mujeres parecen hacerlo más fácilmente.

Brebner (2002), por otro lado, encontró que las mujeres son más intensas con sus emociones, tanto negativas como positivas y que tienen un balance entre sí y que además, las mujeres expresan sus emociones más que los hombres además expresan más intensamente la alegría y la tristeza. Los

hombres tienden a mostrar más el enojo. Las mujeres aprenden a ser más emocionales que los hombres por el juego de roles.

Los hombres manifiestan su enojo, agresividad u hostilidad en maneras más bien físicas y visibles.

Averill (1982) considera que los hombres están generalmente más cómodos con la expresión y la experiencia del enojo que las mujeres. Y según Bem (1984) el rol de género se refiere a características internalizadas que son culturalmente aprendidas y apropiadas con el comportamiento femenino y masculino.

Menciono esto, porque de una u otra manera, siempre se han establecido normas y formas de comportamiento que acentúan más las diferencias entre las formas de expresar la agresión en mujeres y hombres de acuerdo con lo esperado por la sociedad de lo que «debe y no ser adecuado» a la hora de demostrar nuestras emociones y qué tipo de emociones son características de determinado sexo.

Por último, dentro de este apartado, se dice que hay cierta asociación entre los cambios hormonales de las mujeres y la agresión. Esto se debe, a que en los periodos menstruales y premenstruales las mujeres están más específicamente vulnerables. Durante estos días cometen más crímenes, son más agresivas y tienen más trastornos psiquiátricos (Garraida, 1979).

3. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y AGRESIVIDAD

La relación entre ambas conductas puede deberse a diferentes factores, uno de ellos es que al haber interiorizado que todo tiene reglas y que se debe hacer siempre lo correcto, sobre todo para evitar castigos, la persona va existiendo con una serie de frustraciones y enojos que se acumulan y en algún punto, cuando ya no se puede contener más, explota contra algo o alguien en forma desmedida, ya sea agresivamente o deprimiéndose.

Al explotar confirma que la agresión es mala y que no debe hacerlo, como consecuencias empieza a acumular otra vez su sentir. Así mismo, se considera culpable y no digno de fracasar y no hacer todo bien. Una forma de reaccionar puede ser el autocastigarse, poniéndose metas inalcanzables o con actos que lo destruyen. Al culparse y castigarse menos puede poner en práctica su potencial (Villanueva, 1988).

Así pues, Villanueva (1988) señala que hay factores que afectan al individuo sin que éste pueda resistirse, unos son los “factores condicionantes”, dentro de los cuales están los “básicos”, que son los de origen biológico, otros son los “inhibidores o facilitadores” que son los aspectos sociales y culturales del lugar en el que vive. Otros factores son los “predisponentes”, los cuales pueden estar en las frustraciones que experimentó desde pequeño, en las enseñanzas que le hayan inculcado y en el comportamiento que le hayan premiado o castigado. Estos factores pueden limitar en gran medida las potencialidades de la persona.

La conducta autodestructiva puede definirse según Kelley (citado por Maldonado, 2003) cómo conductas que al llevarse a cabo incrementan la

probabilidad de tener experiencias negativas y disminuyen la probabilidad de que ocurran consecuencias positivas.

Por su parte Freud (1920), considera que la tendencia a la destructividad (comenzando por la que se dirige contra sí mismo) es una pulsión básica en el ser humano, un impulso tan poderoso que incluso está «más allá del principio del placer». Según Freud, el propósito, la finalidad, el sentido, “la meta de toda la vida es la muerte”.

Según Kelley, la autodestructividad se da en dos niveles: Cuando se realiza una conducta que cognitivamente la persona interpreta que le dará resultados emocionales inmediatos pero no bienestar a largo plazo. Y cuando no realiza conductas que debe hacer porque algunas de sus consecuencias emocionales no son agradables.

Por supuesto, cabe mencionar que el desarrollo de la conducta autodestructiva puede iniciarse desde las etapas tempranas de la infancia y esta a su vez, tiene relación también con el estilo de crianza parental, de lo cual, los niños elaboran percepciones sobre el mundo y ejercen un control cognoscitivo sobre el ambiente que los rodea, lo que quiere decir que tienen la capacidad para predecir y controlar, en cierto grado, la conducta propia. Por lo ya mencionado la percepción que el individuo tenga sobre sus relaciones con sus padres, afectará positiva o negativamente su funcionamiento general (Murphy y Holtzman, 1987).

Muchas personas se refugian en el excesivo consumo del alcohol, el abuso de drogas, la lástima de sí mismas y la depresión o las enfermedades psicosomáticas (Nichols, 1987). En estos casos, estos consumos pueden llevar a las adicciones.

La agresividad o la destrucción compensadoras pueden ser resultado de la impotencia. Los seres humanos que se sienten sin libertad para transformar y cambiar su vida pueden no tolerar la pasividad y sentirse impulsados a dejar huella, influir en su mundo como sea y no solamente ser influidos y cambiados por él. Si se sienten impotentes, si no pueden actuar, sufren tremendamente y toman entonces actitudes de autoritarismo irracional, impositivo y sádico, y tratan de suplir con agresión la incapacidad de crear una relación productiva con otros y con el mundo (Macías, 1979).

Ahora bien, según María Montero (2001), en México hay datos epidemiológicos que demuestran que hay asociaciones significativas entre la soledad y algunos indicadores de salud, tales como la ingestión de alcohol específicamente en las mujeres; la angustia y la depresión en los adultos (...). Por su parte, María Ramos confirma esto diciendo que el alcoholismo era más frecuente en las mujeres de clase media, contrariadas y sujetas a un continuo sufrimiento por reyertas matrimoniales.

3.1. Suicidio

Se dice que el desarrollo del comportamiento agresivo puede extenderse mucho más lejos, y se encontrará un *continuum* entre el desarrollo prudente y limitado de una cierta autocrítica que permite el movimiento madurativo, y en el extremo, el desarrollo de un violento sentimiento auto agresivo, autodestructor, cuya consecuencia más conocida es el suicidio.

Es frecuente cuando sobreviene una ruptura amorosa y lo es particularmente cuando se trata de sujetos todavía inmaduros, o muy jóvenes,

como los adolescentes. Esto podría, de alguna manera, ser una especie de íntima relación entre conducta autodestructiva y agresividad.

Algunos sólo llegan a tomar perspectiva con respecto a su movimiento pasional o a través de medidas extremas; no pueden cumplir su trabajo psíquico de duelo sino hasta después de haber pasado por una o varias crisis violentas, que se traducen por ejemplo en tentativas de suicidio más o menos auténticas.

Un mayor número lo logrará por medios más limitados, pero el aspecto autodestructivo sigue estando presente. En ciertos casos se instaura una verdadera depresión, y con respecto a ésta, es como mejor se concibe la asimilación parcial que hizo Freud «del duelo y la melancolía » (Lemaire, 1986).

Por lo general, en el caso del suicidio, son más las mujeres que lo intentan, pero en realidad, en el caso de ellas, es más un esfuerzo por pedir auxilio o atención que por querer quitarse la vida en sí, lo cuál es diferente en el caso de los hombres, ya que estos lo intentan menos, pero lo logran con más éxito; lo que viene resultando una recompensa inmediata a las necesidades en cada caso.

Podemos definir al suicidio como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado (Durkheim, 1982). Este se divide en tres categorías:

- A) **Suicidio egoísta:** Que resulta de la alienación del individuo respecto a su medio social;
- B) **Suicidio altruista:** Que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes

de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral;

C) **Suicidio anómico:** Se da cuando un fallo o una dislocación de los valores sociales llevan a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida.

Así pues, Durkheim (1982) menciona que el suicidio es más que acontecimientos particulares aislados los unos de los otros y que deben ser examinados con independencia, se considera el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinado, se comprueba que el total así obtenido no es una simple adición de unidades independientes, o una colección, si no que constituye por sí mismo un hecho nuevo y sui generis que tiene su unidad y su individualidad, y como consecuencia, su naturaleza propia, y que además esta naturaleza es eminentemente social.

Dicha certeza puede ser más o menos firme, por lo que los actos de valor y las acciones de imprudencia y negligencia, se relacionan directamente con conductas suicidas, donde la diferencia radica en que en los primeros sólo hay menores probabilidades de morir, más sin embargo, ambos surgen de estados de ánimo similares. Asimismo, Ward (1992) menciona que la conducta suicida es sólo un punto localizado dentro de un continuum de las conductas auto-destructivas, más que relacionarse con un trastorno psiquiátrico.

Stengel (citado por Rossow, 1993), propuso que el elemento de oportunidad es significativo en actos suicidas y que éstos representan apostarse la vida aún cuando hay un grado de certeza en llegar al acto de quitarse la vida en sí. Desde esta perspectiva la elección del método en el acto

suicida puede ser la explicación de porqué hay diferencias en el sexo opuesto en el intento de suicidio y en el llevado a cabo.

Así pues, cabe señalar que en numerosas investigaciones se han encontrado diferencias entre hombre y mujeres en cuanto a las conductas autodestructivas que manifiestan (Carrión, 2005). Según el estudio de Rodham, Hawton y Evans (2005), a pesar de que la ideación suicida y los intentos de suicidio son más comunes entre las mujeres, el suicidio es más común entre los hombres, resultados que son apoyados por la literatura internacional que se refiere a la prevalencia del fenómeno del suicidio en adolescentes de la población general.

Otro ejemplo de estas diferencias, es que dependiendo del sexo, forman parte de combinaciones diferentes conductas de riesgo. Las mujeres son más susceptibles a las presiones, culminando en intentos de suicidio, y los hombres, por otro lado, tienden a reportar altos puntajes en la pertenencia a pandillas y en actividad sexual (Stevens y Griffin, 2001).

Cerca del 37% de mujeres jóvenes y el 25% de muchachos reportaron ideas suicidas y aproximadamente el 11% y el 5%, respectivamente, intentos de suicidio. Los muchachos demostraron ser más propensos a cometer intentos múltiples de suicidio. La relación entre la SB y la historia de tratamiento psiquiátrico fue la misma para ambos sexos. Los jóvenes con SB mostraron estar más fascinados con la muerte y las mujeres estuvieron expuestas con más frecuencia a situaciones de problemas familiares.

Abreviaturas

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| SI (Suicidal Ideation) | Ideas Suicidas |
| SA (Suicidal Attemp) | Intentos de Suicidio |
| SB (Suicidal Behaviour) | Conductas Suicidas |
| CDC (Centres of Disease Control) | Centros de Control de Enfermedades |

Por su parte, en varios países europeos el predominio de ideas suicidas e intentos de suicidio en adolescentes revela una amplia gama que va del 3% al 59% y del 1.3% al 20% respectivamente. Es bien sabido que los intentos de suicidio (SA) son más frecuentes entre las mujeres, pero en los hombres, es más común que esos intentos terminen en la muerte (Gmitrowicz, 2003).

Pearce y Martin, en las poblaciones estudiadas no encontraron ninguna diferencia respecto al género. De acuerdo con Gasquet los muchachos suicidas muestran, entre otros factores, más comportamientos anormales y mayor abuso de sustancias que las muchachas, por lo cual necesitan planes de tratamiento diferentes.

Las mujeres adolescentes manifiestan en mayor porcentaje ideas suicidas (SI) que los hombres, de acuerdo con los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) en un 34% y 20%, respectivamente.

3.2 Abuso de drogas.

Dentro de las conductas autodestructivas que aparecen más frecuentemente son: alcoholismo, abuso de drogas y tabaquismo, entre otras, como se mencionó anteriormente; pero el suicidio, en este caso, podría considerarse como la máxima de todas ellas.

Como Nostrom dijo (citado por Rossow , 1993), el abuso del alcohol puede incrementar el riesgo de suicidio al atenuar las ataduras sociales que

ligan al individuo al orden convencional, y por medio de eso servir como una fuerza desintegrativa. Pero antes de esto, el primer elemento desintegrador fue el rompimiento de la familia en sí.

El alcohol, el tabaco, y muchas drogas se ha demostrado que tienen efectos en la salud del individuo, y al parecer la mayoría de los usuarios están enterados de estos riesgos, pero con todo y eso continúa utilizando estas sustancias. Beber, fumar y posiblemente tomar drogas entran claramente en el patrón de auto destructividad: Scher, (citado por Maldonado, 2003).

Este abuso de sustancias siempre genera efectos o consecuencias a largo plazo; pero como lo que importa en este caso, es que los llamados beneficios sean los que se presenten a corto plazo provocando que lo anterior se siga dando.

Un aumento gradual en la cantidad de bebida por la noche, una discreta serie de aventuras amorosas o un insidioso patrón de alejamiento, son estos hábitos corrosivos, algunos de los recursos comunes para encubrir la necesidad crítica de efectuar una modificación en la vida; pero la bebida puede llevar al alcoholismo y las aventuras amorosas pueden terminar en divorcio.

Las personas en conflicto debido a sus impulsos y urgencias pueden utilizar el alcohol para disolver inhibiciones (la conciencia es soluble en alcohol). Después, cuando comienza a funcionar la auto recriminación y la culpa, se consuelan volviendo a beber. Son conocidas las propiedades sedativas del alcohol y numerosas personas que a menudo hallan en él, alivio del stress y la depresión. Beber en forma moderada no es necesariamente destructivo, pero hay dos aspectos que lo convierten en nocivo: beber a menudo obscurece el sentido de que algo no está funcionando bien y que

necesita ser modificado. Además la bebida puede convertirse en compulsión (López, 2004).

La adicción es más disimulada y secreta, y parece entrar en la vida de una persona por la puerta trasera. Mucha gente en nuestra sociedad ve a las personas adictas al alcohol o a otras drogas como débiles e inferiores moralmente. (Jampolsky, 1998).

Pero ante este tipo de situaciones, como se ha visto a lo largo de esta revisión, la adicción se da principalmente porque de alguna u otra manera se cree que dicho consumo de alcohol o de algún tipo de narcótico en particular, calmará parcial o momentáneamente una especie de «sed espiritual» o «vacío» y que lo hará sentir mejor o al menos olvidar su situación presente (López, 2004).

El potencial de adicción al alcohol o a las drogas se incrementa cuando descubrimos que proporcionan alivio predecible de la ansiedad. Para muchas personas, la bebida activa una sensación de bienestar que no encuentran en ningún otro lado. (Nichols, 1987).

Por otro lado, en cuanto a las drogas, se dice que la mayoría de las veces se usan más en un intento de sobrevivir más que de exaltarse.

Por su parte, en relación con el abuso de drogas y la agresividad, se puede decir que los efectos de la ingestión de drogas y alcohol se conocen desde hace largos años. Tanto la intoxicación aguda como el síndrome de abstinencia de drogas o de alcohol puede producir agresividad, generalmente asociada con un mayor o menor grado de confusión mental. También hay pruebas del efecto paradójico de las benzodiazepinas que pueden producir

conductas agresivas, sobre todo en aquellos adultos con historias previas de impulsividad y tendencias destructivas (Garralda, 1979).

El consumo de sustancias entre los jóvenes ha sido ampliamente estudiado en México, lo cual ha puesto de manifiesto que aún cuando los hombres son el grupo más afectado por el consumo de drogas, éste tiende a aumentar entre las mujeres, quienes se inclinan más a usar medicamentos que producen adicción como las anfetaminas, que son utilizadas para controlar el peso.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, indican que la prevalencia del uso de sustancias médicas “alguna vez en la vida” correspondió al 2.3%, el consumo es más elevado en las mujeres, a razón de 3:1 respecto a los hombres.

En una importante investigación de 2283 mujeres y 1982 hombres jóvenes, se encontró que la dependencia de sustancias, como los estimulantes, la marihuana y los opiáceos, se asociaba significativamente, en las mujeres, con indicadores de trastornos alimentarios. Sin embargo, el estudio determinó que la dependencia a estas drogas ocurría en el contexto de otros padecimientos psiquiátricos adicionales (trastornos afectivos y de la personalidad) (Gutiérrez, 2001).

En otra investigación Miller-Johnson, Lochman, Coie, Terry y Hyman (1998) discutieron sobre estos puntos en un estudio de problemas de la conducta, depresión y el uso de sustancias en los jóvenes de sexto, octavo y décimo grado. Se ubicó a los participantes en uno de los cuatro grupos, según el nivel de sus problemas de conducta, sus síntomas depresivos, ambos aspectos o ninguno. Se registró la evidencia de que fumar era una costumbre

que se dio más en el grupo co-mórbido, pero sólo al nivel de de los más jóvenes.

En el décimo grado, los niños con problemas de conducta mostraron proporciones elevadas en la costumbre de fumar, sin importar que tuvieran o no síntomas depresivos, y no había ninguna diferencia en el uso del tabaco entre éste y el grupo de las niñas. La confiabilidad de estos resultados es limitada dado que se reduce a una sólo fuente de información conductual (reportes juveniles) también se basa en un sólo método de valoración (clínico anamnéstico) y la muestra es exclusivamente de raza afro-americana.

Igualmente, para ambos géneros los altos niveles de conductas proyectivas aumentaron significativamente el riesgo de fumar. En cambio, la depresión sola, causó elevaciones más modestas en este riesgo y éstas se encontraron exclusivamente en las participantes del sexo femenino.

Para los grupos que registraron un nivel mayor en depresión y cambios de conducta proyectiva; los patrones difirieron según el género. Los niveles altos de depresión en combinación con los niveles altos de agresión o delincuencia solamente -comparados con los altos niveles de proyección- duplican los riesgos en el caso de las mujeres, sin embargo, en el caso de los hombres los disminuye. Aunque se reflejaron algunas diferencias en la magnitud, el patrón de los resultados más importantes era similar para los casos de agresión y de delincuencia, esta semejanza también se manifestó entre los grupos de géneros-específicos (no se muestra) en las vertitentes (Whaler, 2001).

Al mismo tiempo se ha comprobado que las marcas de síntomas depresivos difieren entre los hombres y las mujeres en el nivel universitario y

lo mismo sucede con los grados de desorden depresivo, además en las mujeres se observa que hay problemas relacionados con el peso y consumo de alimentos lo que no se da en los hombres (Vickers, 2004).

3.3 Automutilación

Se considera parte de la personalidad límite y es un trastorno bastante común. Las personas que lo padecen por lo general tienen relaciones muy turbulentas, tienen mucho miedo al abandono y tienen poco control de sus emociones. El tipo de conductas automutiladoras son por ejemplo: quemarse, picarse, cortarse.

Los individuos con este trastorno de personalidad a menudo son muy intensos, pasan de la ira a la depresión profunda en un breve lapso. También los caracteriza la impulsividad, que puede apreciarse en un abuso constante de sustancias y automutilación (Barlow, 2001).

Así pues, otras conductas autodestructivas pueden ser: la anorexia, la bulimia, la obesidad, en sí los trastornos alimenticios en general. Por su parte, los actos delictivos o conductas antisociales pueden considerarse a su vez, como otros tipos de autodestrucción.

Las alteraciones en la conducta alimentaria ocurren, principalmente, entre las mujeres, y la adolescencia es el periodo en el que más se desarrollan. También a esta edad hay un “mayor riesgo” para el uso y abuso de sustancias (Gutiérrez, 2001).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de las conductas autodestructivas que se manejarán en esta investigación están el suicidio, el abuso de drogas y la automutilación.

El objetivo principal de esta investigación es la observación y confirmación de la premisa sugerente de que las personas con mayores tendencias agresivas pueden llevar a cabo conductas autodestructivas con mayor facilidad. Tres son los niveles de apreciación del fenómeno a confrontar:

- 1) A mayor grado de agresividad habrá una mayor tendencia a presentar conductas autodestructivas.
- 2) Los hombres tienen un nivel más alto de agresividad y por tanto tenderán a presentar mayores conductas autodestructivas que las mujeres.

Después de revisar la literatura relacionada con este tema, se puede decir que la agresión es cualquier conducta que tenga el propósito de producir daño físico o psicológico a otros. Sin embargo, además de ser una forma de conducta resulta un motivo en y por sí mismo, considerado por algunos psicólogos como parte de un instinto innato que se desencadena por el dolor y la frustración, y por otros como un impulso innato que debe ser canalizado hacia fines constructivos.

Por otro lado, se dice también que la agresividad se divide en: agresión verbal y física, que a su vez pueden expresarse de forma directa o indirecta, pasiva o activa.

La agresividad tiene que ver de una manera directa con las conductas autodestructivas, de ahí que definamos ahora a la conducta autodestructiva como aquellos actos que son claramente autodestructivos, son tendencias

suicidas inconscientes y que el individuo parece no advertir que esas acciones son intentos para destruirse o lastimarse a sí mismos así mismo, al suicidio, como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado (Durkheim, 1982).

Dentro de las conductas autodestructivas que se manejarán en esta investigación están el suicidio, el abuso de drogas y la automutilación.

Este estudio fue hecho desde el punto de vista de la estadística descriptiva y la inferencial, la primera, es en lo que piensa la mayoría de las personas al escuchar la palabra estadística. La estadística descriptiva incluye la recolección, presentación y descripción de los datos muestrales.

En el segundo caso, se refiere a la técnica de interpretación de los valores resultantes de las técnicas descriptivas y a la toma de decisiones y obtención de conclusiones sobre la población muestreada.