

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

El Contexto Relacional y Ambiente Familiar del Adolescente con Riesgo Suicida

Autor: Erika Zavala Díaz

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestra En Psicoterapia Familiar**

**Nombre del asesor:
Ma. Altagracia Santoyo Medina**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





*El Contexto Relacional y Ambiente Familiar del
Adolescente con Riesgo Suicida*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

PSICOTERAPEUTA FAMILIAR

P R E S E N T A

ERIKA ZAVALA DIAZ

ASESORA: DRA. MA. ALTAGRACIA SANTOYO MEDINA

RVOE MAES-100502

CLAVE 16PSU0020A

MORELIA, MICHOACÁN JUNIO 2014

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	6
INDICE DE FIGURAS	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN.....	14
ANTECEDENTES	16
CAPITULO I. CONTEXTO FAMILIAR RELACIONAL.....	21
1.1 Comunicación al interior de la familia	25
1.2 Desarrollo familiar.....	27
1.3 Dinámica Familiar	31
1.5 Cohesión y Adaptabilidad	35
1.5.1 Cohesión.....	35
1.5.2 Adaptabilidad.....	37
CAPITULO II. ADOLESCENCIA	42
2.1 Etapas de la Adolescencia	44
2.1.1 Pre-adolescencia: 9 a 11 años	44
2.1.2 Adolescencia Temprana: 12 a 15 años.....	45
2.1.3 Adolescencia: 16 a 18 años.....	46
2.1.4 Adolescencia tardía: 19 a los 21 años	48
2.1.5 Post-adolescencia	48

2.2 Adolescencia Normal	50
2.2.1 Cambios Físicos durante la Adolescencia.....	52
2.3 Adolescencia Patológica.....	55
2.3.1 Ansiedad en la Adolescencia	56
2.3.2 Depresión en la Adolescencia	57
2.4 Relaciones Interpersonales en la Adolescencia.....	60
2.4.1 El adolescente y sus hermanos.....	61
2.4.2 Adolescente y sus amigos	62
2.4.3 Noviazgo entre los Adolescentes	64
2.4.5 Psicopatología de las Relaciones de Pareja de Adolescentes	66
2.6 Adolescencia y confrontación generacional.....	69
CAPITULO III. SUICIDIO EN EL ADOLESCENTE.....	71
3.1 El suicidio por grupos de edad	75
3.1.1 El suicidio en la infancia.....	75
3.1.2 El suicidio en la adolescencia	76
3.1.3 El suicidio en la edad adulta	77
3.1.4 El suicidio en la tercera edad	77
3.2 Aspectos sociales del Suicidio.....	80
3.2.1 Sexo- suicidio.....	80
3.2.2 Estado civil- suicidio.....	80

3.2.3 Ocupación- actividad- suicidio	81
3.2.4 Zona urbana- rural- suicidio.....	82
3. 3 Ideación suicida	84
3.4 Comportamiento suicida.....	87
3.5 Familia y suicidio	92
3. 6 Principales factores que favorecen al suicidio.....	94
4. MÉTODO	100
4.1 Planteamiento del problema	100
4.2 Objetivo general	101
4.2.1 Objetivos específicos	101
4.3 Hipótesis.....	102
4.4 Tipo de estudio y población de estudio	104
4.4.1 Diseño	104
4.4.2 Participantes.....	104
4.5 Procedimiento.....	106
5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	108
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	110
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	129
CONCLUSIONES.....	132
SUGERENCIAS.....	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136

ANEXOS	151
Ficha de identificación.....	152
Cuestionario.....	153
Carta de consentimiento informado.....	154

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Variables de Estudio.....	103
Tabla No. 2 Participantes en el Estudio de investigación presente.	110
Tabla No. 3 Porcentajes y Frecuencias de la Escala de Riesgo, 350 participantes.	112
Tabla No. 4 Porcentaje de riesgo en los dos grupos de población participantes en la investigación.....	114
Tabla No. 5 Población con y sin riesgo suicida por género.	114
Tabla No. 6 Información adicional de los factores, creatividad familiar, responsabilidad familiar, adaptación a los problemas, unidad afectiva, compromiso familiar de los 40 participantes que presentaron riesgo.....	126
Tabla No. 7 Correlaciones de cohesión & adaptabilidad.	127
Tabla No. 8 Correlación de adaptabilidad & riesgo suicida.....	128
Tabla No. 9 Correlación de cohesión & riesgo suicida.....	128

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Tipos de Cohesión y adaptabilidad familiar según Olson y Col. (1979).	39
Fig. 2 Modelo Circumplejo de David Olson y colaboradores fue diseñado en 1980 en la universidad de Minnesota (EE.UU).	40
Fig. 3 Pirámide del suicidio, (Van Heeringen, 2001).	88
Fig. 4 Flujo suicida (Zavala, 2014).	95
Fig. 5 Tendencia suicida (Zavala, 2014).	96
Fig. 6 Edades de los participantes.	111
Fig. 7 Población de Riesgo de Adolescentes con Riesgo Suicida.	113
Fig. 8 Población con y sin riesgo suicida por género.	115
Fig. 9 Población Con Riesgo Suicida.	115
Fig. 10 Ítem No. 6 ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? &	116
Fig. 11 Ítem No. 8 ¿Se ha sentido alguna vez fracasado a que solo quiere meterse en la cama y abandonarlo todo? & Ítem No. 9 ¿Está deprimido (a) ahora?.....	117
Fig. 12 Pensado e intentado suicidarse.	117
Fig. 13 Tipos de Familia, Cohesión.....	118
Fig. 14 Tipo de Familia, Adaptabilidad.....	119
Fig. 15 Acerca de los Hijos, Límites.	120
Fig. 16 Participantes con riesgo suicida y tipos de familia según la cohesión y adaptabilidad.....	121
Fig. 17 Participantes con riesgo suicida y tipos de familia según la cohesión y	122
Fig. 18 Participantes con riesgo suicida y tipos de familia según la cohesión y	122

Fig. 19 Correlación Escolaridad Vs. Ocupación del Padre de los participantes que presentaron riesgo suicida, en donde predomina la ocupación de comercio en el padre y la licenciatura como predominante..... 123

Fig. 20 Correlación Escolaridad Vs. Ocupación del Madre de los participantes con riesgo suicida..... 123

Fig. 21 Análisis de muestra masculina en riesgo. 124

Fig. 22 Análisis de muestra femenina en riesgo..... 125

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial e importante en mi vida. Por los triunfos obtenidos, experiencias acumuladas y momentos de gran aprendizaje que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A Enrique mi gran amor, por su apoyo incondicional, dedicación, compañía e impulsarme siempre para crecer como ser humano día a día, gracias infinitas por ser quien eres, por ayudarme a alcanzar mis sueños, por tu esfuerzo, paciencia y ser partícipe de mi vida que hace que estando contigo sea maravillosa experiencia.

Agradezco también a mi hija Camila, pedacito de cielo que me inspira, acompaña, me regala parte de su tiempo y me da fuerza para seguir adelante en este camino lleno de todos colores.

A ti mamá por ser mi pilar, mi guía, por siempre creer en mí y depositar tu confianza en mis anhelos y metas éste también es un logro tuyo, por tu valiosa ayuda y apoyo siempre incondicional y amor sin límites.

A mi hermana por siempre confiar y apoyarme en lo que me apasiona, por seguir siendo parte de mi vida, vivencias y sueños.

A mí muy querida familia Aldana por su inmenso amor transparente, tierno, apapachante hacia mi persona, por ser fuente de motivación, por confiar siempre, por dejarme ser parte de su corazón.

A mis amigas que me han acompañado siempre en las diferentes etapas y facetas de mi desarrollo personal.

A mi querida profesora Altagracia por su paciencia extraordinaria, por impulsarme siempre, compartir aprendizajes muy significativos y por dejarme conocer el maravilloso ser que es y que combina perfectamente con lo profesional, es un gran ejemplo a seguir.

A mis apreciables profesoras Ithzel y Marisol que forjaron mi crecimiento en donde sembraron la semillita de la sabiduría, y su confianza, gracias también porque me facilitaron el proceso en esta investigación.

Gracias a todos los que contribuyeron para la realización de este proyecto, algunos ya no están físicamente en este mundo, me siguen y guían desde el cielo siempre estarán presentes en mis memorias y en mi corazón.

Agradezco también a todos los participantes de esta investigación, por su tiempo, confianza y colaboración. Termino citando esta frase que coincide en mi momento de vida “La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar” (Thomas Chalmers)

Erika Zavala Díaz

RESUMEN

En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado un 60% en el mundo. A escala mundial, el suicidio se ha ubicado como una de las cinco primeras causas de muerte en el grupo de edad de 16 y 20 años. Factores de riesgo identificados: ser mujer, antecedentes personales o familiares de intento suicida, presentar trastorno de ánimo, ansiedad, depresión y consumir sustancias psicoactivas. Objetivo: Determinar la relación que existe entre funcionamiento familiar y riesgo suicida en el adolescente, así como identificar la tipología familiar del adolescente con riesgo suicida.

Material y Métodos: Enfoque cuantitativo, correlacional, transversal descriptivo, estudio de frecuencias. Muestra no probabilística de 350 adolescentes de 18 a 23 años de edad, de ambos géneros. La muestra fue seleccionada en la población universitaria del municipio de Morelia Michoacán México y población universitaria en la población de León Guanajuato. En donde se identificó el ambiente familiar y contexto correlacional de las familias de un adolescente con ideación suicida, a través de la Escala de riesgo suicida de Plutchick (1994), y la escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (FACES III).

Resultados: Muestra no probabilística de 350 adolescentes, de ambos géneros, con edades comprendidas entre los 18 a los 23 años ($\bar{x}=19.60$, $ds=1.21$, $Mo=19$). El 29.71% (104) de la población de estudio fueron hombres y el 70.21% (246) fueron mujeres. Los porcentajes de residencia de Michoacán y Guanajuato de los participantes fueron, 62.9% (220) y 37.1% (130), respectivamente. Encontrándose que el 11.43 % de la población estudiada presento riesgo suicida, de los cuales el 3.71% pertenecen al género masculino y el 7.71 % al género femenino. Tomando en cuenta el total de los géneros, se encontró mayor incidencia en el género masculino con un porcentaje de 12.50 % y un 10.98% del género femenino. En el cual el tipo de familia de los participantes que presentaron riesgo suicida según la cohesión existió predominio de familias separadas y según la adaptabilidad las que predominaron fueron familias flexibles.

Palabras clave: adolescencia, ideación, cohesión, adaptabilidad.

ABSTRACT

In the last 45 years, the suicide rate has been increased at 60% in the World. A worldwide rate, the suicide has been located as one of five primary causes of death between the groups from 16 to 20 years. Risk factors identified: being women, personal background or relatives of suicide intent, present mood disorder, anxiety, depression and consume psychoactive substances. Objective. Determine the relationship that has the family behavior and suicide risk in the adolescent.

Material and Methods: Quantitative, correlational and transversal descriptive approach. Probability sample of 350 adolescents between 18 and 23 years old, both sexes. The sample would be selected from the university population from Morelia and Leon Municipalities from Michoacán and Guanajuato states, respectively. Here, it is treated the family environment and correlational context of the adolescent families with suicide ideation, it was identified thru Plutckick's Scale (1994) and the Olson's Scale of Family Cohesion and Adaptability (FACES III).

Results: Non-probabilistic sample of 350 adolescents, from both sexes, from 18 to 23 years ago ($\bar{x}=19.60$, $ds=1.21$, $Mo=19$). 29.71% (104) of the population of the study were men and 70.21% (246) were women. The per cents of Michoacán and Guanajuato were, 62.9% and 37.1%, respectively.

Finding that 11.43% of the studied population presented suicide risk, being 3.71% and 7.71% were men and women, respectively. Considering both genders, it was found that males have a larger incidence with 12.5% and females 10.98%. According to family cohesion, the participants having suicide risk were who have a majority of separated families; on the other side, family adaptability were flexible families.

Key Words: Adolescence, ideation, cohesion, adaptability.

JUSTIFICACIÓN

La organización Mundial de la salud (OMS, 2006) estima que para el año 2020 aproximadamente 1.5 millones de personas morirán por suicidio y de 10 a 20 veces más lo habrán intentado, lo cual significa una muerte cada 20 segundos, lo cual representa un problema alarmante que obliga al establecimiento de planes de intervención desde el punto de vista profesional.

Para abordar el suicidio, es importante enfatizar en la problemática social que se presenta en la población de 15 a 24 años (Adolescente y adultos jóvenes), de los cuales la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), reporta 1213 suicidios en esta población, seguida de 1065 casos en un rango de edad que oscilan entre 25 a 34 años. Al respecto, con (Muñoz, et al., 2005), lo reporta como la segunda causa de muerte en la mayoría de los países. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), en el mundo una persona se suicida cada 40 segundos, de éstas un porcentaje considerable son adolescentes.

Las causas de suicidio son cada vez más complejas y su valoración resulta una tarea ardua debido a las dificultades que entraña anticipar un comportamiento en el que interviene una gran cantidad de variables, entre ellas el sistema familiar que influye al adolescente, donde es el elemento esencial y medio social donde emergió, el espacio vital en el que se configura la subjetividad de vital importancia en el desarrollo del adolescente, es por ello que en esta investigación se identificará el tipo de familia del adolescente con riesgo suicida en dos dimensiones cohesión y adaptabilidad.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, en México se ha ido incrementando la tasa de suicidio consumado, especialmente entre la población joven. La población mexicana de entre 15 y 24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% los suicidios en 2007. En este contexto de incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio. Todos éstos son antecedentes inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo independientes de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados. Aún cuando estas conductas no lleven a la muerte, pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y pueden constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares (Borges, et al., 2009).

El suicidio “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”. (Durkheim, 2003) También se ha definido el suicidio como un acto intencional causado a sí mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte. (Beck, et al., 1983). Mientras que, la Organización Mundial de la Salud, en 1976, propuso los siguientes términos: Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio; acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (García, Medina & Sánchez, 2006).

Es un tema complejo hablar del suicidio del adolescente ya que inciden en él dos aspectos difíciles de manejar: el suicidio y el adolescente. El comportamiento suicida entre los adolescentes puede entenderse como un espectro que abarca, en primer lugar, las ideas y deseos suicidas, en segundo, las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas de suicidio). Estas conductas hacen referencia a una acción orientada a provocar la propia muerte, que no logra su objetivo (Pfeffer, 1991). La adolescencia se suele asociar con el inicio de las transformaciones biológicas y fisiológicas de la pubertad. Estos cambios

y transformaciones de orden biológico no son los únicos que el adolescente experimenta, ya que también se producen en las dimensiones psicológica y social.

De los contextos sociales que influyen sobre el adolescente, la familia es el elemento esencial, el espacio vital en el que se configura su subjetividad, en el cual el ámbito familiar actúa como soporte fundamental para su integración social (Minuchin, 1987). La familia es considerada como una estructura compleja integrada por un grupo de personas interdependientes que comparten una historia, un vínculo emocional y un dispositivo de estrategias para satisfacer las necesidades individuales de sus integrantes y del grupo como un todo (García & Tapia, 1990). Socialmente es una célula cuya membrana protege en su interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes, siendo un grupo biológico natural del ser humano. Es esa sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y trasforma al niño en adulto (Estrada, 2004). Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones de socialización, en su ámbito el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional que significa las formas de desarrollo y bienestar de los adolescentes (Eguilúz, 2007).

ANTECEDENTES

A pesar de que el comportamiento suicida ha estado siempre presente, es hasta hace poco que empezó a ser objeto de interés de investigadores pertenecientes a distintos campos del saber. Uno de los primeros en poner ante los ojos del mundo el tema del suicidio como una conducta que involucra a todos los seres humanos fue Emile Durkheim filósofo francés del siglo XIX.

El suicidio a nivel mundial se ha convertido en un problema de salud pública mayoritariamente en la población adolescente. En la actualidad el número de muertes por suicidio a nivel mundial, ocupa el lugar decimotercero y se estima que para el año 2020 ocupará uno de los primeros 5 lugares. Se considera también que por cada suicidio consumado se cometen por lo menos 20 intentos, lo que da una cifra de 815.000 muertes por esa causa y 16 millones de intentos anuales. Esto representa un intento cada 3 segundos y una muerte cada 40 segundos (Zárate & Corona, 2005). El autor señala que el 90 % de las muertes por suicidio se relacionan con trastornos psiquiátricos. De estos el 60% son suicidios por trastornos del estado de ánimo y 9 de cada 10 de estos últimos es por problemas depresivos, así mismo que el alcoholismo, otras adicciones, la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad, específicamente el límite, son patologías frecuentemente identificadas con el suicidio. En este mismo sentido (Eguilúz, Segarra, 2007), refieren que en el suicidio se han involucrado factores de tipo social, biológico, psicológico, genético psiquiátrico y orgánico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), la prevalencia del suicidio consumado se incrementa con la edad, y reporta para hombres; 19.2, por cien mil en edad de 15 a 24 años y de 55,7 por cien mil en edad promedio a los 75 años. Asimismo, se sabe que el mayor número de suicidios ocurren en los meses de abril, junio y julio. EL INEGI (2002) reporta que en México el suicidio es la séptima causa de muerte en niños entre los 5 y 14 años de edad y la tercera entre adolescentes. En México ocurrieron 3,553 suicidios consumados durante el 2005, mayoritariamente en la edad de 15 a 24 años, más frecuente en in-

dividuos solteros. El método más empleado fue la estrangulación, seguido por arma de fuego e ingesta de veneno respectivamente (INEGI, 2002).

Los suicidios en jóvenes han aumentado durante las 3 últimas décadas, específicamente en varones jóvenes. Los factores de riesgo predominantemente son: desventajas sociales y educativas, factores familiares adversos durante la niñez, psicopatología, vulnerabilidad individual, factores sociales, culturales y contextuales (Annette L. Beautrais, 2000). La combinación de todos estos factores aumenta el riesgo del comportamiento suicida; así mismo, pruebas de investigación corrientes sugieren que los desórdenes mentales (en particular los desórdenes afectivos, el empleo de sustancias, desórdenes y comportamientos antisociales) y una historia de psicopatología, son los factores de riesgo más fuertes para el suicidio juvenil.

Estos factores han sido ligados a la Institución familiar, esta es flexible según la época histórica y cultura en la que tiene lugar. Para la mayor parte de los seres humanos constituye el sistema más importante en función de su desarrollo psicológico individual, la interacción emocional e interpersonal y el desarrollo de la autoestima (González, 2004).

Con lo mencionado anteriormente se puede decir que el clima, la cohesión y la comunicación familiar son los tres pilares básicos en el desarrollo del auto concepto de los hijos. Dichos aspectos también son la base del modelo de (Olson, Russell & Sprenkle ,1979) .Un sistema familiar adecuadamente organizado tiene sus límites claramente definidos, posee autoridad la cual se distribuye en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada contexto, además existe un espacio que ocupa cada integrante señalado como el territorio o centralidad, con un esquema geográfico de organización que permite entender la dinámica familiar; sin embargo cuando el sistema familiar no está adecuadamente organizado el desarrollo individual puede verse afectado dando como consecuencia experiencias traumáticas en la niñez y por ende estas conducir a una variedad de resultados de salud negativos, incluyendo el intento y/ o consumación del suicidio entre adolescentes y adultos (López , 2002).

Los trastornos afectivos, el abuso de sustancias la psicosis los desórdenes de la personalidad, son factores psicopatológicos que tienen efectos en adolescentes suicidas y que estos factores más la edad, el género y factores de riesgo familiar son discutidos; sin embargo la literatura mundial reciente destaca la importancia de considerar factores del ambiente familiar en la evaluación del riesgo suicida para proporcionar las bases que permitan tomar medidas preventivas de suicidio.

Se examinaron la relación entre el riesgo de intentos de suicidio y adversidades experimentadas en la niñez y el número de tales experiencias, concluyeron que existe una relación significativa entre las experiencias adversas en la niñez y el riesgo de intento de suicidio en todas las etapas de la vida útil así mismo el alcoholismo, el empleo de sustancias ilícitas y la depresión son fuertemente asociadas con tales experiencias, que la prevención de estas experiencias y el tratamiento de personas afectadas por ellos puede conducir a progresar en la prevención del suicidio (Brent, 1995).

En este mismo sentido, en los adolescentes con intento de suicidio en los antecedentes familiares presentaron significancia estadística: familia desintegrada, violencia familiar, toxicomanías, trastornos psiquiátricos y antecedente de intento de suicidio; en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión y antecedente de intento de suicidio (Vázquez, et al., 2005).

En una investigación cuyo objetivo fue identificar los datos clínicos de inicio del comportamiento suicida en los niños de padres con una historia de trastorno del humor y comportamiento suicida. Los resultados mostraron que los descendientes de padres que habían tenido intentos de suicidio comparados con los descendientes de padres con trastornos del humor que no habían tenido tentativas de suicidio los primeros presentan una alta incidencia de intentos de suicidio, así mismo de acontecimientos suicidas en general. Los autores concluyeron que en el descendiente de padres con trastorno del humor, los precursores de inicio temprano del comportamiento suicida incluyen el trastorno del humor y agresión

impulsiva; así como una historia paternal de intento de suicidio, abuso sexual y depresión (Nadine, et al., 2007).

El abuso sexual en niños, es un factor de riesgo para la conducta suicida. La trasmisión del riesgo suicida a través de las generaciones está relacionada con la transmisión familiar del abuso sexual e impulsividad; sin embargo llegaron a la conclusión de que el abuso sexual no es directamente transmitido por la víctima a la siguiente generación y puede estar relacionado más bien con dinámicas familiares en donde existe el abuso sexual (Beth, et al., 2008).

Otro estudio reciente en población Mexicana es el realizado por (Díaz, et al., 2008), acerca del riesgo suicida, en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital Psiquiátrico. Los autores encontraron que el riesgo suicida es más alto en mujeres que en hombres, señalaron como estresores detonantes del intento suicida a los conflictos de pareja y los conflictos con familiares.

(López, Núñez & Díaz, 2010), realizaron una investigación de la prevalencia de ideación suicida y su correlación con los niveles de desesperanza con escolares mexicanos (8 a 13 años) los resultados concuerdan con las investigaciones sobre el fenómeno del suicidio y la desesperanza en los adultos. Los resultados mostraron que el 59.4% de la muestra presentó una nula o baja ideación suicida y un 40.6%, mostró una prevalencia de esta (tanto media como alta), de los cuales sólo el 3% se encontró dentro de los niveles altos de ideación suicida, encontraron una relación positiva entre la ideación e intento suicida y la desesperanza.

Investigaciones recientes han involucrado la participación de estructuras neurológicas y de neurotransmisores cerebrales, relacionadas con el suicidio. (Young, Bonkale & German, 2008), realizaron una investigación acerca de la Influencia de la Depresión Mayor, el Genotipo 5HTTLPR, el Suicidio y los Antidepresivos, concluyeron que el sistema serotoninérgico se asociaría con un fenotipo estructural cerebral que favorece la aparición de la depre-

sión, suicidio y otros síntomas. Dicho fenotipo estructural incluye la hipertrofia talámica observada en presencia del genotipo SERT-ss. En cambio el antecedente de tratamiento con antidepresivos se asociaría con una disminución del volumen talámico. Por último, la hipertrofia talámica y la afección de la función talamocortical representarían un rasgo de vulnerabilidad ante el estrés.

Una amplia investigación para determinar la participación de factores familiares implicados con el riesgo suicida en adolescentes, es la realizada recientemente (Xiu-yaxing, et al., 2010), en la cual determinaron la frecuencia y los factores familiares asociados a intentos de suicidio entre estudiantes de secundaria superior en China. Los resultados mostraron que el 2.7% de los adolescentes relató un intento suicida el año anterior al estudio, más común en mujeres, consideran que los acontecimientos significativos adversos de la vida familiar se asociaron al incremento de riesgo de intentos de suicidio. Destacan 3 de 5 factores familiares de riesgo suicida: un comportamiento paternal inadecuado, separación de los padres, y problemas sociales de los integrantes de la familia; sin embargo ni las condiciones materiales de vida de la familia, ni la adversidad del miembro de familia contribuyen considerablemente al riesgo suicida.

Los autores concluyeron que el intento de suicidio es un problema de salud pública en adolescentes Chinos, cursan con problemas familiares manifestados comúnmente en intentos suicidas, destacan la importancia de considerar factores del ambiente familiar en la evaluación del riesgo suicida para proporcionar las bases que permitan tomar medidas preventivas de suicidio. Actualmente, gracias a las investigaciones realizadas, se entiende el suicidio no sólo como una acción simple, sino como una secuencia de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables.

Sólo dos legados duraderos podemos dejar a nuestros hijos: uno, raíces; otro, alas.

Hodding Carter

CAPITULO I. CONTEXTO FAMILIAR RELACIONAL

La familia es una estructura compleja integrada por un grupo de personas interdependientes que tienen una historia compartida, un vínculo emocional y un dispositivo de estrategias para satisfacer las necesidades individuales de sus integrantes y del grupo como un todo (García & Tapia, 2006). Es considerada una célula social cuya membrana protege en su interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. Es esa sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y lo transforma al niño en adulto (Estrada, 2004). Es también el grupo biológico natural del ser humano; es un conglomerado social que abarca a la mayoría de los miembros en una sociedad. Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones de socialización, en su ámbito el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional y significa las formas de desarrollo y bienestar de los adolescentes (Asterra, 1982).

El fundamento de la edad adulta, así como la semilla de las incapacidades para hacer frente a los problemas que se presentan en la vida, se encuentran en la familia ya que, sobre la base de su experiencia de aprendizaje dentro de la tríada primaria que es el padre, madre e hijo, el niño determina la forma cómo encaja en el mundo y cuanta confianza puede depositar en sus relaciones con los demás (Sátir, 2004).

En cuanto a las relaciones familiares se describen como interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia, e incluyen el grado de unión familiar, el estilo de la familia para enfrentar los problemas, para expresar sus emociones, el manejo de reglas de convivencia y adaptación a las situaciones de cambio. El funcionamiento familiar como las relaciones interpersonales que establecen los miembros de una familia y permite apreciar ele-

mentos fundamentales de la convivencia familiar, tales como cohesión, expresión, organización y conflicto (Núñez, 2001).

Es por ello que identificar las estructuras y el funcionamiento de la familia se convierte imprescindible en cualquier análisis familiar que se quiera realizar, en este caso como factor directamente relacionado con el suicidio en el adolescente. La familia puede ser en sí un elemento de salud o de origen y causa del problema, en esta misma dirección (Estrada, 2004). Así también la familia es un sistema, cada parte que la integra tiene relación con las demás de tal manera que un cambio en una de ellas provoca alteraciones en las otras. Un sistema abierto y un sistema cerrado, en donde el sistema abierto es aquel donde las respuestas e interacciones reciben influencias de los cambios de contexto o nuevas informaciones. Este sistema se caracteriza por su libertad para tomar decisiones y su flexibilidad.

La autoestima es fundamental y todos los miembros de la familia experimentan un sentimiento de poderío o de control sobre su propio destino. Las características de un sistema abierto y saludable se manifiestan con la capacidad para cambiar con un contexto y la capacidad para reconocer este hecho. Estas características también permiten la absoluta expresión y aceptación de amores, temores, frustraciones, errores e iras. En los sistemas abiertos dirigidos con amor y comprensión, son los recursos con posibilidades interminables, las personas viven en plena humanidad con confianza, humor, realidad y flexibilidad (Sátir, 2004).

A diferencia del sistema cerrado que es aquel en donde la información de y hacia el exterior es muy limitada y las respuestas a diversas situaciones se producen de una manera circular y automática que no toma en consideración los cambios de contexto. Los sistemas cerrados operan con base en un grupo de reglas rígidas y fijas que se aplican a un contexto específico. Las reglas a menudo son anticuadas, su obediencia es más importante que las necesidades de los miembros individuales de la familia. En este tipo de sistema, los miembros que conforman tienen una conexión muy rígida y la comunicación no fluye entre los miembros o del exterior hacia dentro y viceversa. Así pues los individuos que se encuentran en estos

sistemas cerrados viven en un mundo hostil donde el amor se cuenta en dinero, condiciones, status y poder (Sátir, 2004).

La familia es el grupo más importante que subyace al desarrollo psicológico individual, a la interacción emocional y el mantenimiento de autoestima, en su interior se experimentan los amores, odios más intensos y también se disfrutan las satisfacciones más profundas y se padecen las desilusiones más dolorosas (García & Medina, 2007).

Entre las variables familiares que representan un mayor riesgo para que haya comportamientos suicidas, se señalan la percepción de un ambiente familiar negativo y la percepción de rechazo por parte de los padres. Los conflictos en la familia aumentan en este tipo de comportamientos y las posibilidades que los jóvenes piensen o intenten el suicidio son mayores al no existir factores de protección en el hogar (Brent, 1995).

Toda familia tiene una forma específica de interacción entre sus miembros, misma que permite un buen o mal funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar también es definido como un proceso en el que participa el individuo, la familia y la cultura, con una capacidad de cambio que comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones: afectivas, estructurales, control, cognoscitivas y de relaciones externas (García & Medina 2007).

El ambiente familiar es factor de riesgo suicida, cuando el clima emocional familiar es caótico, ya que no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni los límites entre sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos a veces se enrolan en constantes demandas y frecuentemente llegan a la violencia física entre ellos o la dirigen contra los integrantes más vulnerables (Pérez & Parra, 2004).

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando está matizada por situaciones de maltrato infantil y abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y niñas, en cualquiera de sus formas, es uno de

los factores que entorpecen el desarrollo de la personalidad y contribuyen a la aparición de rasgos que predisponen a la realización de actos suicidas (Pérez & Parra, 2004).

Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas de los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos (Cantor, 1999).

1.1 Comunicación al interior de la familia

La comunicación en la familia es elemental, para que tenga un buen funcionamiento debe haber regulaciones dentro del sistema (Estrada ,2004), dicha regulación se logra a través de dos mecanismos principales:

Control homeostático: Que se da cuando cada uno de los miembros está colocado en una posición especial respecto de los otros, lo cual nadie puede abandonar, puesto que de hacerlo, entrarán en juego reacciones de todos los miembros de la familia de tal forma que obligarán necesariamente a la conservación de dichas posiciones, teniendo siempre a conservar la misma estructura geométrica del sistema.

Red de comunicaciones: Este tiene un papel preponderante en la salud o enfermedad del individuo ya que una familia formula su propio código de mensajes y propia forma de sufrir las consecuencias como de abandono o rechazo y es necesario que cada miembro siga fielmente dicho código para ser aceptado plenamente en el seno del sistema. La comunicación a todos los niveles, ya sea verbal o no, activa o ausente en apariencia, tendrá siempre un enfoque de fenómeno generalizado, donde no importando cómo ni a quién sea dirigido el mensaje, producirá en todos una respuesta y retroalimentará respectivamente a quien lo demanda. La comunicación es el factor que determina la calidad de las relaciones que establecerá el individuo con los demás y lo que suceda con cada una de ellas en el mundo. Toda comunicación es aprendida, es el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás (Sátir, 2004).

Como resultado de la homeostasis y la comunicación, se da la aparición de roles en la familia, con lo cual determina que el sistema sea funcional o disfuncional. La ausencia de la figura del padre como de la madre, el que un miembro tome el papel del otro, repercutirá en todos los miembros del sistema (Estrada, 2004).

Es imposible no comunicarse en una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje es decir que es comunicación y por más que lo intente, no puede dejar de comunicar. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional. La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar las secuencias de hechos que cada participante establece; las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene iniciativa o predominio (Watzlawick, 1985). Las personas utilizan tanto la comunicación digital como la analógica. El lenguaje se puede dividir en digital, el que se trasmite a través de símbolos lingüísticos o escritos y será el vínculo del contenido de la comunicación, el analógico; vendrá determinado por la conducta no verbal (tono de voz, gestos, etc.) y será el vínculo de la relación.

Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia, en los complementarios la conducta de uno de los participantes complementa la otra y en los simétricos los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca.

Se puede concluir diciendo que la comunicación es un proceso mediante el cual entendemos a los otros y buscamos ser entendidos por ellos, es esencial dentro del núcleo familiar, ya que permite a los integrantes expresar sus ideas y sentimientos, también es imprescindible para la socialización del ser humano y comienza en la familia. Es por ello que la comunicación es básica y elemental dentro de la familia (Eguilúz, 2007).

1.2 Desarrollo familiar

El sistema familiar debe pasar por las diversas etapas del ciclo vital y el cómo se enfrenten, determinará la funcionalidad del mismo. Cada una de las etapas conlleva crecimiento y responsabilidades que la familia debe afrontar de manera adecuada, constituyen en sí mismas un reto para crecer de manera sana y que cada uno de los miembros puede tener un desarrollo y una funcionalidad apropiada dentro de la sociedad, así como la maduración y la capacidad suficiente para poder ingresar en las etapas en el momento que cada una de ellas lo requiere.

La familia como unidad y sistema cuenta con características propias y pasa por un ciclo vital, el que comprende las siguientes fases; *El desprendimiento*, sucede en la adolescencia cuando el joven tiene que abandonar el hogar paterno y salir en busca de un compañero fuera de la familia, se encuentra constantemente con dos corrientes en pugna: la que va a favor del desprendimiento y de la vida; y otra que tiende a fijar o detener o a regresar el proceso creativo a etapas anteriores.

La meta del clínico es lograr moverse progresivamente de una etapa a la siguiente, por más doloroso que esto sea. Supongamos que los padres no están listos para dejarlo ir y que por medio del control y la dominación, intenten que haga lo que ellos quieren tanto en su trabajo o elección de carrera, así como en la elección de su compañero marital (Estrada, 2004). Esto es la idealización que este hace acerca del otro, pero este proceso tiene que aparecer ya que es la fuerza para separarse de los padres. La ruptura brusca de esta idealización, que no es otra cosa que la señal de alarma que invita a abandonar el proceso de una nueva relación, da paso a la desilusión y al desengaño de formar una familia.

El encuentro es sintonizarse emocionalmente con un desconocido requiere de un gran valor y de una gran capacidad para limitar las propias necesidades en beneficio de una relación que empieza. En esta nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos, primero, cambiar todos aquellos mecanismos que dieron seguridad emocional e integrar un

nuevo sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

Lo primero que sucede en una relación de dos, es que cada uno intenta echar a andar los mecanismos ya conocidos y aprendidos en su sistema familiar de origen, los cuales difícilmente funcionarán con su nueva pareja. Además se piensa que el otro captará y aceptará los viejos sistemas de funcionamiento emocional que cada quien considera infalibles y únicos. El “contrato matrimonial”, que en otras palabras es lo que cada uno piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como de los bienes y beneficios que espera recibir del mismo. Dicho contrato está basado en lo que cada uno piensa dar y recibir del otro. Además abarca aspectos como: sexo, metas, paseos, dinero, poder, de los niños, de los familiares etc., Que puede ser expresado verbalmente de manera consciente o inconsciente de alguna otra forma. La calidad del matrimonio depende en gran parte del grado de satisfacción y complementariedad que se le pueda dar a las expectativas que cada uno de los cónyuges (Sager, 1971)

Actualmente la decisión de tener hijos se ha ido separando con la decisión de casarse. La incógnita se encuentra a nivel de cuestionarse si el tener un hijo va a influir o no en la cadena secuencial que un individuo lleva en su ciclo vital, tanto familiar como personal. Hay quienes sostienen que no es necesaria la descendencia para completarse biológica y psíquicamente. Otros en cambio opinan que si la ausencia de hijos se debe a un problema físico entonces el cuerpo está mal. En general, el problema indica cual importante es la etapa de los hijos dentro del sistema familiar que empieza, ya que vemos que en **la llegada del niño**, este requiere de un espacio físico y emocional, lo que plantea la necesidad el reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta entonces han venido rigiéndose a este matrimonio.

Después se convierten en **padres con hijos adolescentes**, la adolescencia que es la etapa en que se centrará en esta investigación y en donde se hará mayor énfasis en el desarrollo. Es tal vez la etapa en la que se pone a prueba la flexibilidad del sistema y se debe a varios

factores: En esta edad se presentan los problemas emocionales más serios. Los padres, se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia (Estrada, 2004).

Las consecuencias de no afrontar adecuadamente esta etapa pueden verse en las diferentes áreas estudiadas:

a) *Área de identidad.* La mayor parte de las veces se ve confrontando en sus propias áreas de identidad, por ejemplo, en su capacidad de trabajo, su fortaleza física y moral, su inteligencia, su capacidad de tolerar el cambio hacia la madurez, a más de sus “status social” que a veces no es tan bueno como el de los padres de algunos amigos de sus hijos. No resulta fácil para los padres pasar con gracia y ecuanimidad estas pruebas. Los hijos se van y con ellos su propia juventud. Primero se van desde el punto de vista emocional y después se separan y cambian y esto requiere que todo el sistema familiar inicie un dramático movimiento en la distribución que hasta entonces había funcionado.

b) *Área sexual.* El organismo de los padres sufre cambios, entre los cuales está el cambio en las funciones sexuales y es necesario tener consciencia de esto. Además es necesario, que ambos sepan soltar a tiempo a los hijos, no solo uno de los cónyuges y que se tenga el apoyo del compañero. Se tiene que re-establecer el “anclaje emocional” de la pareja con objeto de tolerar las regresiones temporales del compañero, a etapas anteriores. Muchas veces se olvidan los roles de esposos, ya que se han dedicado al rol de padres.

c) *Área de la economía.* En esta etapa se cuenta con más tiempo y es posible lograr aquello que en un principio fue solo una ilusión; continuar los pasatiempos que se interrumpieron, las aficiones que se dejaron, los viajes que no se hicieron, las conversaciones que no se tuvieron; es momento de recoger la cosecha. En un gran número de casos el hombre se siente desamparado y es difícil aceptar que es dueño de sí mismo y que debe encontrar nuevas formas de vivir, hay que lograr una reorientación de la vida.

d) *Área del fortalecimiento del yo.* Cuando los hijos se van, la pareja adquiere otra dimensión en el área social y es necesario por lo tanto, continuar apoyando la defensas sociales adaptativas, con objeto de seguir funcionando en el seno de la exigente sociedad, siempre en transformación (Estrada, 2004).

Cada sistema familiar presenta una arquitectura temporal propia, compleja y singular, caracterizada por la intersección de historias individuales, de experiencias compartidas y de vínculos intergeneracionales. La familia cuenta con un pasado, un presente y un perspectiva de vida futura y eso es lo que representa un elemento diferencial, respecto a otros grupos (Andolfi, 1980).

Las etapas dentro de una familia reside básicamente en el éxito obtenido en cada una de ellas, es decir, las familias recorren un proceso de desarrollo, durante este ciclo cada una de estas etapas deben irse resolviendo y cerrando, de manera que el curso del ciclo vital de la familia no se disloque, frene o estanque, ya que al obstaculizarse alguna de estas etapas aparecen síntomas en la familia, estos síntomas representan la señal de que en la familia se enfrentan dificultades para superar una de sus etapas (Haley ,1980).

1.3 Dinámica Familiar

Al hablar de dinámica familiar, es importante definir el concepto “dinámica”, que es la interacción y proceso que se genera al interior de un grupo. En éste contexto el concepto de dinámica familiar es interpretado como el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles; es además, una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.” Así la dinámica familiar se define bajo los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, reglas, normas y valores (González, 2001).

La dinámica familiar es relevante en el desarrollo del adolescente, actuando como el soporte necesario para su desempeño familiar e individual, el funcionamiento es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de la familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud (Maldonado & Saucedo, 2003).

Una dinámica adecuada implica el desarrollo de un funcionamiento familiar saludable. Al hablar de funcionamiento familiar, se refiere al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizada por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto (Ares, 2002). También es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar los siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales (Watzlawick, 1985).

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos

como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar (Ferrari & Kolostian, 1984).

El grado de implicación de los padres influye sobre la adaptabilidad y cohesión familiar (González, 2002). El adolescente se torna vulnerable a la influencia social puesto que determinadas circunstancias podrían generar conductas de riesgo o factores protectores en su desarrollo, donde el ámbito de formación está dado por la familia. La presencia de factores de riesgo, como el funcionamiento familiar, en el intento suicida, donde los eventos vitales y las crisis para-normativas influyen en la convivencia familiar. La vida en la familia proporciona el medio para la crianza de los hijos. Es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad (Herrera, 1997)

1.4 Estructura Familiar

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica (Minuchin, 1987).

Jerarquía: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera.

Alianzas: se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia, las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Según Minuchin son: triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, la cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder.

Límites: hacen alusión a los aspectos de cercanía- distancia entre las personas o los subsistemas. Son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etcétera (Minuchin, 1987).

1.5 Cohesión y Adaptabilidad

1.5.1 Cohesión

La cohesión es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto (Olson & Wilson, 1982).

Esta dimensión, se representa según un continuo, dividió en cuatro partes, de acuerdo con cada uno de los tipos de cohesión que se han establecido. En el extremo de máxima intensidad se sitúa el tipo de cohesión, denominado por Olson como enredada. Las familias que funcionan con este tipo de cohesión se caracterizan por un sobre-identificación de cada miembro con la familia, lo que conlleva una vinculación familiar muy intensa y una limitada autonomía individual. Otras características que definen este tipo de cohesión son las siguientes: extrema cercanía emocional, intensa exigencia de lealtad a la familia, fuerte dependencia entre unos y otros, ausencia de espacio privado, ausencia de límites generacionales, focalización de la energía individual en cuestiones internas de la familia, ausencia de amigos personales, alta reactividad emocional y toma de decisiones en función de los deseos del grupo (Olson & Wilson, 1982).

En el otro extremo de intensidad mínima se sitúa el tipo de cohesión denominada por Olson como desprendida o suelta. Las familias que funcionan con este tipo de cohesión se caracterizan por su escasa vinculación familiar y una alta autonomía personal. Otras características de este tipo son las siguientes: extrema separación emocional, ausencia de lealtad familiar, compromisos intrafamiliares y de comunicación o aparición de los sentimientos, relación vacía padres- hijos preferencias por la separación física, ausencia de tiempo vivido en común e independencia en la toma de decisiones.

En el centro de la dimensión se sitúan dos modos de cohesión equilibrados, que se conocen con los términos de cohesión unida y separada. Las familias con este tipo de cohesión se caracterizan por la capacidad de cada persona para vivir de modo equilibrado, siendo independientes de la familia y conservando la relación con todos sus miembros. Otras características de este tipo de familias son las siguientes: equilibrado, siendo independientes de la familia y conservando la relación con todos sus miembros.

A modo de síntesis, estas son las principales características de los distintos tipos de cohesión familiar (Olson & Wilson, 1982).

Cohesión desprendida: Primacía del yo, ausencia de unión afectiva entre los familiares, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

Cohesión separada: Primacía del yo con presencia del nosotros, moderada unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con cierto sesgo hacia la independencia.

Cohesión unida: Primacía del nosotros con presencia del yo, considerable unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con algún sesgo hacia la independencia.

Cohesión enredada: Primacía del nosotros, máxima unión afectiva entre los familiares, exigencia de fidelidad y lealtad a la familia y alto grado de dependencia a las decisiones tomadas en común.

La hipótesis inicial es que los niveles de cohesión equilibrados e intermedios son mejores para el buen funcionamiento familiar, lo que significa un mejor afrontamiento del estrés situacional y de los normales cambios evolutivos, debido a las diferencias culturales (Olson, Russell & Sprenkle, 1983).

1.5.2 Adaptabilidad

Otra dimensión que se evalúa es la adaptabilidad familiar la que se refiere a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado.

La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática (Ares, 2002).

La adaptabilidad familiar incidiendo más en una característica de cada una de las personas, como la habilidad de cada cónyuge para hacer frente de modo efectivo, a una nueva situación, cambiando los roles y las estrategias, la habilidad de cada cónyuge depende de los tres factores siguientes, que están interrelacionados: la flexibilidad, la empatía y la motivación (Kieren & Tallman, 1972)

Las principales variables en esta dimensión son la estructura de poder familiar (asertividad y control) los estilos de negociación, la relación entre los roles sexuales, reglas de relación y la retroalimentación (positiva y negativa). La baja adaptabilidad fue denominada adaptabilidad rígida y a la máxima adaptabilidad se la denominó con el término de adaptabilidad caótica. Los tipos intermedios fueron denominados como adaptabilidad estructurada y flexible.

Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

Una familia cuyo grado de adaptabilidad sea muy alto – tipo caótico- que se caracteriza por la inexistencia de una persona que ejerza el liderazgo, la ausencia de control paterno, una disciplina poco efectiva con consecuencias inconsistentes y poco trascendentales, decisiones impulsivas, ausencia de negociación ante problemas y roles más o menos establecidos, con cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento familiar.

Por contra, una familia cuyo funcionamiento adaptativo puede denominarse como rígido se caracteriza por un liderazgo autoritario, padres muy controladores que toman decisiones muy estrictas, roles definidos, fijos y tradicionales, reglas o normas familiares que resultan inmodificables.

Las familias con niveles adaptativos intermedios se caracterizan por un liderazgo compartido y democrático, roles y responsabilidades estables en el hogar, pero cambiables y modificables en función de situaciones muy concretas, reglas o normas familiares predecibles aunque flexibles cuando es necesario y una toma consensuada de decisiones, en las que incluso se tiene en cuenta a los hijos (Polaino & Martínez, 1998).

Adaptabilidad caótica: ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios.

Adaptabilidad flexible: liderazgo compartido, roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

Adaptabilidad estructurada: liderazgo a veces compartido, roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

Adaptabilidad rígida: liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios

		COHESION			
		BAJA DESPRENDIDA	SEPARADA	UNIDA	ALTA ENREDADA
ADAPTABILIDAD	ALTA	CAÓTICA			
	FLEXIBLE				
BAJA	ESTRUCTURADA				
RIGIDA					

Fig. 1 Tipos de Cohesión y adaptabilidad familiar según Olson y Col. (1979).

En la figura 1 se representan los cuatro tipos posibles en función de adaptabilidad y cohesión tal y como aparecen en el gráfico.

Los sistemas familiares que resultan más viables son los que ocupan una posición central en esta dimensión. Los tipos de familias descritos en este modelo, se derivaron de entrecruzar las cuatro posibles categorías de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La matriz derivada, 4 x 4, configura 16 celdillas, cada una de las cuales se corresponde con un posible tipo familiar. En la figura 1 aparecen los 16 tipos posibles de familia, según este modelo explicativo (Polaino & Martínez, 1998).

A continuación se muestra el modelo en el cual están distribuidas las familias según la cohesión y la adaptabilidad. Es un modelo que facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica. Proporciona una tipología de familia sobre la base de dos variables.

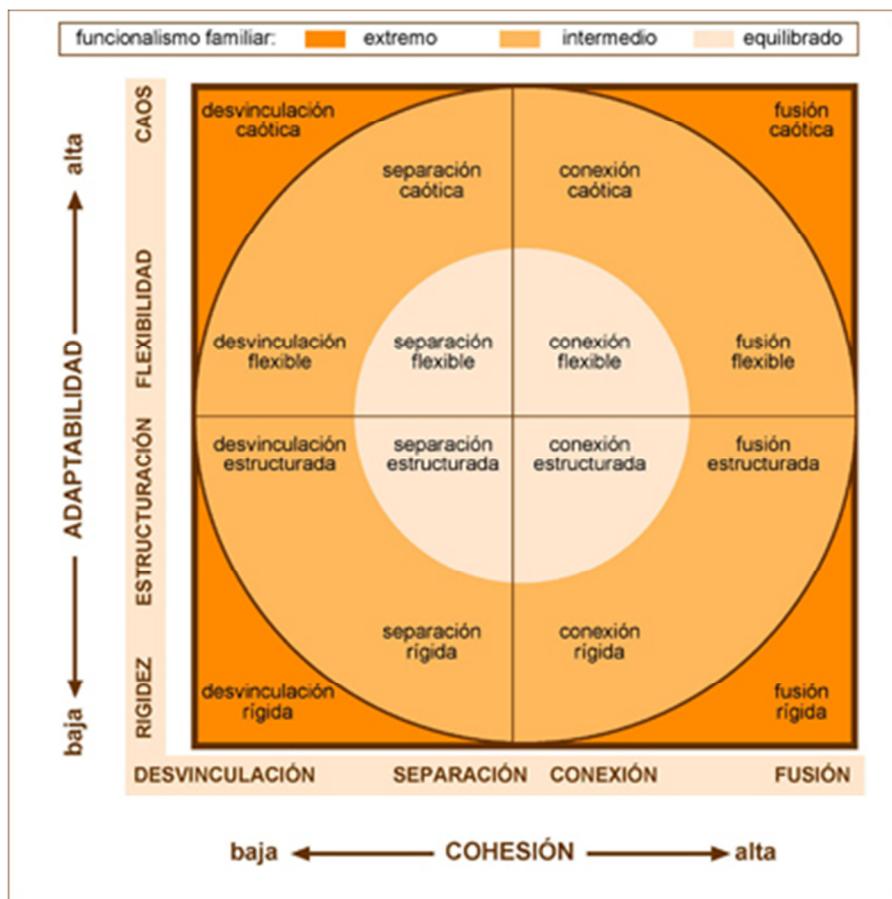


Fig. 2 Modelo Circumplejo de David Olson y colaboradores fue diseñado en 1980 en la universidad de Minnesota (EE.UU).

En la Figura 2 se aprecia el modelo, de forma gráfica. La zona central corresponde a los tipos funcionales y las esquinas a los disfuncionales. El resto son tipos intermedios. Los cuatro tipos del área central, reflejan los tipos de familias equilibradas en ambas dimensiones y representan niveles de funcionamiento moderado. Estos suelen ser también los más funcionales para el desarrollo individual y familiar.

Los cuatro tipos extremos, reflejan niveles de funcionamiento máximo o mínimo en ambas dimensiones. Estos son los tipos de familias más disfuncionales, tanto para el desarrollo individual como familiar.

Cuando existe un equilibrio fluido entre morfogénesis y morfostasis, suele haber también un estilo de comunicación mutuamente asertivo, éxito en las negociaciones que se plantean, un liderazgo más o menos igualitario, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, roles y reglas compartidos, siendo más explícitos que implícitos.

Los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión, este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital (Polaino & Martínez, 1998). La elaboración de este modelo, es la integración de diversas dimensiones que se concitan en el funcionamiento familiar, que otros investigadores han hecho con anterioridad. El objetivo de esta tipología familiar es conseguir una descripción simple y estructurada de las parejas y familias, a través de ciertas variables integradas en un esquema multidimensional, de manera que ofrezca una visión más sencilla y comprensiva de la complejidad de este problema.

La adolescencia es el conjugador de la infancia y la adultez.

(Louise J. Kaplan)

CAPITULO II. ADOLESCENCIA

Una de las etapas por las que atraviesa la familia es la adolescencia, que es considerada como la etapa donde existen dificultades. La adolescencia se asocia con el inicio de las transformaciones biológicas, fisiológicas y cambios en las dimensiones sociales y psicológicas. Durante este proceso de crecimiento y maduración, experimentan sentimientos de tensión, confusión e indecisión. En esta etapa la familia debe tener límites claros y permeables ya que los adolescentes necesitarán para adentrarse en la sociedad sin perder el sentido de pertenencia hacia su núcleo familiar (Vives, 2001).

Con la adolescencia, el grupo de los pares cobra mucho poder. Es una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas de futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor, pero por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más para demandar reacomodamientos de sus padres. Los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles (Minuchin & Fishman, 2011).

Con lo anterior podemos decir que la adolescencia es un periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta, la cual los individuos deben pasar antes de realizarse como adultos responsables, creativos, que conlleva un desarrollo físico, social y psicológico, es la fase de la vida que juega un papel crucial en el conjunto de desarrollo de una persona y especialmente a la edad adulta (Laufer, Bellman & Brent, 1998). La adolescencia es también el periodo crítico en la vida de los seres humanos, ya que es una etapa donde se enfrentan mayores dificultades en la cual el joven se encuentra más expuesto a una serie de riesgos de acuerdo con diversos autores, la adolescencia constituye el momento en donde el joven tiene que conformarse una identidad, en el que entra en un proceso de maduración y se hace

diversas cuestiones respecto del sentido de la vida, de lo que les depara el futuro y se ve en la necesidad de hacer una elección de pareja.

Es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la etapa adolescente y es considerado natural toda conmoción de este periodo de la vida, señalando además que sería inaudita la presencia de un equilibrio durante el proceso adolescente (Freud, 1981).

El adolescente realiza tres duelos fundamentales, a) por el cuerpo infantil que ha perdido, b) el duelo por el rol y la identidad infantil, que lo obligan a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces se desconoce y c) el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan (Aberastury, 2002).

2.1 Etapas de la Adolescencia

La adolescencia, proceso de maduración entre la niñez a la etapa adulta y que conlleva una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se caracterizan por la maduración de funciones y el enriquecimiento de la vida emocional y afectiva en la persona. Es una suma total de intentos para adaptarse a una serie de cambios internos y externos que confronta el individuo (Blos, 1986).

Blos (1986) define las siguientes etapas de evolución: pre-adolescencia (9 a 11 años), adolescencia temprana (12 a 15 años), adolescencia propiamente dicha (16 a 18 años), adolescencia tardía (19 a 21 años) y post-adolescencia (22 a 25 años) para poder comprender por todo lo que está pasando el adolescente y es por ello que se debe conocer las diferentes etapas de la adolescencia.

2.1.1 Pre-adolescencia: 9 a 11 años

Es la etapa final de la niñez, donde los conflictos internos adolescentes empiezan a manifestarse. Se produce un crecimiento desigual de los huesos, órganos y músculos, dando lugar a una apariencia algo torpe. Tiene pensamientos lógicos y una tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Aumenta la capacidad para acumular grandes acontecimientos y aplicar nuevos conceptos, además de un mayor interés por aprender habilidades de la vida.

Por lo que respecta a su desarrollo moral, suelen ser egocéntricos en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento. Y en cuanto lo relacionado con el concepto de sí mismos, podemos decir que en gran medida está influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros.

Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. La auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad (Blos, 1986).

Por último, comentar que tanto las relaciones con sus padres como con sus iguales se ven afectadas de la siguiente forma:

- *Relación con sus padres:* Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden.

Relación con sus compañeros: Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Las niñas tienden a tener menos amigas pero más íntimas que los niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

2.1.2 Adolescencia Temprana: 12 a 15 años

Coincide con la pubertad, que el cambio físico del cuerpo del niño al de adolescente. Las niñas tienen su primera menstruación y los niños comienzan a experimentar el cambio de voz y otros signos de la edad adulta. Se produce un desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar y su sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo.

Se produce una época de mayor conflicto con padres. Por lo que respecta a su desarrollo moral, continúan siendo egocéntricos, además de buscar la aprobación social de sus compañeros.

Empiezan a entender los conceptos relacionados con el orden social, pero a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres. Y en cuanto lo relacionado con el concepto de sí mismos, depende de

cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad: tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer, la preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.

Además empiezan a necesitar más intimidad en el hogar, suelen sufrir cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué (Blos, 1986).

Por último, comentar que tanto las relaciones con sus padres como con sus iguales se ven afectadas de la siguiente forma:

- *Relación con sus padres:* Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus amigos. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Aumenta el deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.

- *Relación con sus compañeros:* Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Tienen mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Comienza a despertarse el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas (Núñez, 2001).

2.1.3 Adolescencia: 16 a 18 años

El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo, y su nueva identidad. Ya no se ve a sí mismo como un niño. Paralelamente, comienzan los contactos con el sexo opuesto y las pandillas mixtas. La principal preocupación es el sexo y conseguir gustar y seducir a los miembros del sexo contrario. Son frecuentes las dudas sobre orientación sexual y la experimentación con estímulos fuertes como el alcohol, las drogas y el tabaco.

Tienen una mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro, debido a que pueden entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

Por lo que respecta a su desarrollo moral, suelen ser menos egocéntricos y presentan mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria. Y en cuanto lo relacionado con el concepto de sí mismos, es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones.

Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión, por eso podemos decir que tienen cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones como son las depresiones, y trastornos como la anorexia.

Por último, comentar que tanto las relaciones con sus padres como con sus iguales se ven afectadas de la siguiente forma:

- *Relación con sus padres:* Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya ven a sus padres como individuos y comprenden que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia...), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.

- *Relación con sus compañeros:* Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento anti-social en el adolescente.

2.1.4 Adolescencia tardía: 19 a los 21 años

Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja. Teniendo en cuenta, que para algunos autores, la adolescencia termina cuando un joven es totalmente independiente emocional y económicamente de sus padres, esta etapa puede alargarse muchísimo.

En esta fase de adolescencia tardía existe una mayor constancia emocional, con mayor unificación de procesos afectivos y volitivos, un acomodo jerárquico de los afectos. Los conflictos infantiles encuentran contenidos sintónicos caracterológicos y el núcleo del súper yo también consolida de acuerdo con los valores imperantes en el medio del adolescente. Desde el punto de vista externo, el ambiente colabora con el adolescente en favorecer que la vocación decidida y ya establecida se integre a una ocupación que le permita satisfacer las necesidades de seguridad económica tanto en el presente como en el futuro (Blos, 1986).

2.1.5 Post-adolescencia

Es probable que en esta etapa el adolescente- quien se ha convertido en adulto joven- se torne más consciente de sus conflictos emocionales y de su necesidad de recibir ayuda. Se espera una madurez plena, que implica la adquisición de intereses heterosexuales definitivos, independencia de la tutela paterna y de la familia, así como la adquisición de una independencia intelectual y económica, que incluya la terminación de una carrera profesional

o establecimiento de una actividad laboral, manejo apropiado del tiempo libre, con un ajuste emocional y social a la realidad y la formación de una filosofía de vida (Blos, 1986).

La adolescencia, es un periodo delimitado claramente a lo largo del desarrollo humano, posee importancia como objeto de estudio, por lo que es necesario incrementar la tarea heurística para alcanzar una mejor comprensión de cada una de sus etapas, sus tareas por resolver, así como los problemas inherentes a cada una de ellas, problemas que en la mayoría de los casos se ubican dentro de las zonas de madurez emocional, social, moral y económica y cuyo abordaje resulta de gran importancia en el ámbito de la salud mental (Núñez, 2001).

2.2 Adolescencia Normal

La menor o mayor normalidad de la adolescencia se deberá a los procesos de identificación y duelo que haya podido realizar el adolescente. En la medida en que haya podido elaborar los duelos que llevan a la identificación, verá su mundo interno mejor fortificado y esta normalidad será menos conflictiva (Aberastury, 2002).

El concepto de adolescencia normalidad varía con el medio socioeconómico, político y cultural. Se establece sobre las pautas de adaptación al medio, y significa el utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero o inútil a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad (Aberastury, 2002).

La personalidad integrada: tiene la fuerza para advertir el momento en que una aceptación temporaria del medio puede estar en conflicto con la realización de objetivos básicos, y puede modificar su conducta según sus necesidades circunstanciales. Este es el aspecto de la conducta en que el adolescente puede fallar (adaptación e integración).

Sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Las luchas y rebeldías externas son reflejo de los conflictos de dependencia infantil que persisten. Los procesos de duelo obligan a actuaciones con características: defensivas, psicopáticas, fóbicas, contrafóbicas, maníacas o esquizoparanoideas según su estructura y experiencias. Por eso se habla de una “patología normal de la adolescencia” (Aberastury, 2002).

En su búsqueda de la identidad adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, que puede brindar seguridad y estima. Hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. A veces es tan intenso que el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al familiar. Se inclina a los dictados del grupo en cuanto a modas, costumbres, preferencias, etc. (Aberastury, 2002).

Las actuaciones del grupo también representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta a la del medio familiar. Se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes se mantenía con la estructura familiar. El grupo es la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta. Después de pasar por la experiencia grupal podrá separarse y asumir su identidad adulta.

Cuando en este período el individuo sufre un fracaso de personificación, producto de la necesidad de dejar rápidamente los atributos infantiles y asumir una cantidad de obligaciones y responsabilidades para las cuales no está aún preparado, recurre al grupo como un refuerzo para su identidad (Aberastury, 2002). Como está en defensa de la independencia, en un momento en el que los padres desempeñan todavía un papel muy activo en su vida, en lo grupal busca un líder al cual someterse o se erige el cómo líder para ejercer el poder del padre o la madre.

Están ocurriendo procesos de cambio en los cuales no puede participar activamente y el grupo soluciona gran parte de sus conflictos. Su personalidad suele quedar fuera de los procesos que están ocurriendo, especialmente del pensamiento, por lo cual se siente irresponsable por lo que ocurre a su alrededor. Esto explica las actitudes que aparentemente implican gran dependencia de los adultos, pero que se contradicen con pedidos de ayuda que revelan la extrema dependencia que en realidad tienen (Aberastury, 2002).

El fenómeno grupal facilita la conducta psicopática: el acting out motor (producto del descontrol frente a la pérdida del cuerpo infantil), se une al acting out afectivo (producto del descontrol por el rol infantil que se está perdiendo) y aparecen conductas de desafecto, crueldad, de indiferencia, falta de responsabilidad, típicas de la psicopatía (esto se rectifica con la experiencia, en la patología se cristaliza).

El proceso de la adolescencia no depende únicamente del adolescente. La familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de su conducta. La situación edípica también la viven los progenitores. La aparición de la instrumentación de la

genitalidad también es percibida por los padres. Muchos se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos, reviviendo sus propias situaciones edípicas conflictivas. La situación es de “ambivalencia dual”: la misma ambivalencia que presentan los hijos separándose de los padres, la presentan éstos al ver que los hijos se alejan.

Pero toda la sociedad interviene activamente en el conflicto del adolescente. Las primeras identificaciones se hacen con las figuras parentales pero el medio también determina posibles identificaciones. La adolescencia es recibida predominantemente de forma hostil por los adultos en virtud de sus situaciones edípicas. Se crean estereotipos con los que se trata de definir, en realidad se busca aislarlos del mundo de los adultos (Esquivel et al., 1994).

Por eso la entrada a la pubertad está muy señalada en casi todas las culturas, los ritos de iniciación son muy diversos aunque tienen la misma base: la rivalidad que los padres del mismo sexo sienten al tener que aceptar como sus iguales a sus hijos que así se identifican con ellos (Aberastury, 2002).

2.2.1 Cambios Físicos durante la Adolescencia

La adolescencia se anuncia con una serie de cambios físicos importantes, entre ellos el incremento rápido tanto en peso como en estatura, el cual es considerado como un signo temprano de maduración. Dicho crecimiento, comienza en las niñas entre los 9 y los 14 años (generalmente alrededor de los 10 años); mientras que en los niños ocurre entre los 10 y los 16 años (generalmente alrededor de los 12 o 13 años). Este crecimiento dura normalmente dos años, e inmediatamente después de que concluye, la persona alcanza su madurez sexual (Papalia & Wendkos, 1992).

Antes de este crecimiento, conocido comúnmente como el "estirón", los varones son por lo general 2% más altos que las mujeres; de los 11 a los 13 años de edad, las mujeres son más altas, más pesadas y más fuertes, después del “estirón” los hombres son de nuevo más altos,

pero ahora en un 8% aproximadamente. Dicho crecimiento en los hombres es más intenso ya que su aparición es más tardía, lo cual permite un periodo extra de crecimiento.

En ambos géneros, durante este periodo se produce un alargamiento del tronco y piernas. Durante este periodo también cambian otras características físicas: El cuerpo de los niños comienza a hacerse más fuerte, con más musculatura en relación con las dimensiones del cuerpo, crece el corazón, la presión sistólica se eleva al igual que la capacidad de oxigenación en la sangre (Morris, 1992). Las niñas comienzan a acumular una cantidad proporcional de grasa en brazos, pecho, caderas y piernas, y su cuerpo empieza hacer el de una mujer adulta joven.

Desde la perspectiva biológica la adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres.

Se produce la adrenarquia, que precede a la aparición de la activación del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal y es independiente de él. Hay un aumento de las hormonas secretadas en la capa reticular de la corteza suprarrenal, la dehidroepandrosterona (DHEA), la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la androstendiona. Estas hormonas actúan como precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la dehidrotestosterona. Las manifestaciones físicas dependientes de esta secreción hormonal se van a traducir en de olor corporal e incremento de la secreción sebácea (Ceñal, 2012).

Existen mecanismos de retroalimentación que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Los esteroides sexuales inhiben la producción de

GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, a su vez, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa negativamente sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta) (Neistein, 2009).

Con lo anterior mencionado se puede decir que la adolescencia comienza con cambios biológicos, es su significado psicológico y social el que determina la experiencia adolescente. Las variaciones en el desarrollo biológico tienen gran importancia en la determinación de la conducta. En la mujer, la maduración biológica temprana tiende a despertar intereses eróticos en ser independiente y tomar decisiones. En comparación con las adolescentes que maduran en forma tardía, la niña que se desarrolla precozmente tiende a tener menos éxitos académicos y sufre una mayor prevalencia de problemas de conducta. Es interesante notar que fenómenos similares pueden darse en el varón con pubertad tardía, quizás porque sus pares lo consideran menos masculino y/o atlético, por lo cual le será más difícil resistir a las presiones de sus pares (Silber, et al., 1992).

2.3 Adolescencia Patológica

En la adolescencia propiamente dicha, la adolescencia tardía y la post-adolescencia son fases que precipitan las psicosis de acuerdo con los ingresos anuales a los hospitales mentales. El joven alcanza el periodo en donde debe resolver tareas tales como independizarse de su familia, definir su plan de vida, conformar la identidad del yo y lograr la capacidad para la intimidad, las cuales ocupan a todos los adolescentes, quien además tiene conflictos intrapsíquicos e intrafamiliares que entorpecen su desarrollo. Dichos obstáculos tienen que ver con las creencias y los temores de los padres, quienes no ayudan al hijo adolescente a lograr una buena socialización fuera del círculo familiar. Estos es, que en la adolescencia los diferentes estados psicóticos y la psicopatología subyacente representan tentativas para reorganizar la identidad del joven, su individualización y nuevas relaciones de objeto (González, 2001).

Se mencionarán algunos trastornos que pueden presentarse en la adolescencia y que tienen una influencia en el intento suicida en el adolescente. Por ejemplo el trastorno paranoide de la personalidad que se manifiesta por primera vez en la adolescencia a través de actitudes y comportamientos solitarios, relaciones deficientes con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamiento y lenguajes peculiares.

Las características clínicas de los adolescentes con este trastorno son: una conducta que va acompañada de ciertos rasgos de rigidez excesiva y suspicacia en su trato con los demás. Los síntomas dominantes que se presentan en los trastornos paranoides son desconfianza y suspicacia en su trato con los demás. Asimismo se les ve solitarios, sin amigos con quienes compartir sus metas e ideales, son tercos, rencorosos y reservados, buscan proyectar los elementos agresivos que no soportan en su consciencia. Suelen aparentar grandiosidad, elocuencia, arrogancia, a veces dan la impresión de ser amables y cooperadores en el primer encuentro, pero después se les aprecia menos a causa de sus continuas intrigas (González, 2001).

En el trastorno paranoide, el delirio es un síntoma relativamente aislado en el que, por lo demás, la personalidad aparece intacta. Además, con frecuencia puede tener delirios que a primera vista parecen lógicos pues se originan en un hecho real aunque se tornan muy complicados.

2.3.1 Ansiedad en la Adolescencia

La ansiedad es la más básica de las emociones. No sólo es experimentada por los seres humanos, las respuestas de tipo ansioso se pueden encontrar en todas las especies animales. La experiencia de ansiedad varía enormemente en su severidad: desde una ligera incomodidad hasta los extremos de pánico y terror. También puede variar en su duración; desde un breve instante hasta su experiencia constante y cotidiana (Clark, 1965).

En la actualidad los trastornos de ansiedad incluyen las siguientes entidades diagnósticas: agorafobia, fobia social, fobias simples o específicas, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.

Según estudios epidemiológicos tanto en poblaciones clínicas como en comunidad han mostrado que el trastorno fobia social no es infrecuente y que una vez que aparece, no remite espontáneamente. Su inicio principalmente se ubica en la adolescencia y si no es atendido tiene consecuencias importantes para el desarrollo psicológico, las relaciones interpersonales y las metas en la vida de las personas afectadas. En ese sentido se ha resaltado su carácter nuclear como condición psicopatológica (Alvarado, 1993).

La ideación suicida se encontró significativamente asociada a la presencia de fobia social general y el intento suicida se asoció mayormente en los casos que presentaban comorbilidad, pero su asociación también fue significativa en aquellos que solo presentaban fobia social. La probabilidad de conducta suicida ciertamente es un riesgo a considerar ante la presencia de esta psicopatología, como en otros trastornos de ansiedad. Los resultados de

diversos estudios que han abordado este tópico, han demostrado que el riesgo de intentos suicidas se encuentran incrementando en personas con diferentes formas de ansiedad incluyendo el trastorno de pánico, el estrés postraumático y la fobia social, luego de haber controlado el efecto de la presencia de episodios depresivos (Ugalde, 1999).

2.3.2 Depresión en la Adolescencia

Un estado emocional universalmente reconocido para la adolescencia, es la depresión. En la mayoría de los adolescentes, tales sentimientos son pasajeros; sin embargo, para algunos la depresión o la melancolía puede ser un estado de ánimo predominante, es entonces cuando se convierte en una alteración de consideraciones clínicas que requiere de ayuda profesional (Conger, 1980). La depresión de los adolescentes puede manifestarse de diversas maneras, entre ellas en actitudes de aburrimiento o inquietud, así como en la incapacidad de estar a solas o por el contrario una búsqueda constante de nuevas actividades. Sin embargo, pueden presentarse síntomas propios de una depresión oculta, como son la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos y la búsqueda del riesgo.

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, puede pensarse que se trata de una población de alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en los adolescentes sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, mismas que han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad nosológica, asumiéndola como un padecimiento multifactorial.

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo, que se puede manifestar de variadas formas: pérdida de interés en todas las actividades, desánimo, sentimientos de tristeza, obsesión por la muerte con pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir. Siempre se observan cambios en el apetito, calidad y ritmo del sueño y en las relaciones interpersonales especialmente con familiares y amigos; en los niños y adolescentes se observa bajo rendimiento a nivel escolar, mal carácter, comportamiento antisocial que puede llegar a la delincuencia, consumo de alcohol y otras drogas (Conger, 1980).

Síntomas de Depresión:

En la adolescencia son válidos los criterios diagnósticos usados para los adultos. Clínicamente se considera como Trastorno o Desorden Depresivo, la persistencia por más de dos semanas de al menos cinco de los siguientes síntomas (DSM-IV):

- ✓ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día: la persona se siente triste o “vacía”. Las otras personas pueden notar que está lloroso.
- ✓ Predominio de un marcado desinterés por todas las actividades, incluyendo las que antes consideraba placenteras.
- ✓ Pérdida o ganancia mayor del 5% del peso normal, en período de un mes.
- ✓ Insomnio o hipersomnia muy frecuentes, que pueden alternarse.
- ✓ Agitación psicomotora o exceso de inmovilidad, lo cual es observado y referido por otros.
- ✓ Pérdida de energía o fatiga casi a diario.
- ✓ Sentimiento de desvalorización o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
- ✓ Dificultad o imposibilidad para concentrarse, pensar; marcada indecisión.
- ✓ Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas, planes, amenazas o intentos de suicidio.

Los niños y adolescentes pueden manifestar aburrimiento, algunos síntomas físicos -siendo frecuentes el dolor abdominal y las cefaleas-, o simplemente manifestar que se sienten “muy mal”, para no ir al colegio o no salir de paseo y quedarse en su cuarto, encerrados. Es posible que regalen las pertenencias más apreciadas a su mejor amigo-a, lo cual debe poner en sobre aviso a los padres y maestros, pues implica planes inminentes de suicidio.

El trastorno depresivo mayor (TDM) heredero de la melancolía y de la psicosis maniaco-depresiva y el trastorno distímico, heredero de la siempre evanescente depresión neurótica, quedan reunidos con trastornos depresivos dentro de una categoría diagnóstica, los trastornos de estados de ánimo, que no coinciden con la psicosis y con la neurosis. Un tercer elemento, el trastorno bipolar, se une a los otros dentro de la misma categoría diagnóstica, estableciéndose una proximidad, pero también una diferenciación, que el sentido común no puede sino agradecer (DSM-IV).

2.4 Relaciones Interpersonales en la Adolescencia

En la adolescencia las relaciones interpersonales adquieren una gran importancia, ya que en esta época de la vida se retiran los lazos amorosos que unían al joven en su infancia con sus padres. El adolescente buscará nuevos intereses y personas fuera de la familia para depositar su goce del contacto emocional con amigos, compañeros, una pareja. En esta época de la vida tienen lugar los cambios y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, se viven experiencias psicológicas internas, dicho metafóricamente, es el momento de un nuevo nacimiento: corporal y funcional por efecto biológico-sexual, emocional, no porque haya nuevas emociones, sino debido a que se presentan con una nueva intensidad (Mahler, 1977).

También es un nuevo nacimiento social, psicológico pues se adquiere la identidad y axiológico, ya que se consolidan y jerarquizan los valores. Debido a que en la adolescencia ocurren varias crisis, esta época de la vida es más vulnerable (González Núñez & Nahoul, 2001). Los adolescentes viven la interinfluencia personal con el medio ambiente y conviven con otros seres, en especial con otros jóvenes. Tal convivencia interpersonal es lo que hace a un adolescente verdaderamente humano.

El ser humano tiene una tendencia que es no sólo social, sino individual, hacia buscar una pareja. Lo sano sería conocerse así mismo antes de elegir. La pareja es fuente de enriquecimiento de la vida, pero también puede ser de enfermedad, de desequilibrio y de muerte. Una relación de pareja sana entre adolescentes está fundada sobre afectos positivos que la unen, como la ternura, el amor, el cariño, la comprensión, el deseo de compartir y de crear un proyecto de vida junta. Los adolescentes atraviesan un periodo de vida en donde se da un incremento en la cantidad de energía sexual a causa de la maduración de las glándulas sexuales.

Tienen una vida emocional muy intensa y profunda y resurgen muchos afectos infantiles que todavía no pueden ni saben canalizar adecuadamente, entre ellos los temores a la de-

pendencia, los deseos edípicos (el enamoramiento inconsciente por el progenitor del sexo opuesto y la rivalidad con el del mismo sexo). De modo que el adolescente desplaza la rivalidad a cualquier persona del mismo sexo, mostrándose de conducta durante la etapa y el adolescente enfrenta diversas crisis (González Núñez & Nahoul, 2001).

2.4.1 El adolescente y sus hermanos

En cuanto a la relación del adolescente con los hermanos, constantemente están compitiendo por el amor de los padres, hacia quienes se experimentan celos, envidia y se tiene la fantasía secreta de que desaparezcan y en particular durante la adolescencia se experimentan intensas fantasías incestuosas.

Los hermanos son los precursores directos de los amigos íntimos deseados- por ejemplo, un hermano que siempre busca al otro porque se siente entendido o protegido posteriormente buscará amigos con quien experimente la misma sensación de comprensión y apoyo y de los no deseados como la niña que decía que todo estaría bien en la familia si su hermano desapareciera, esta niña por ejemplo desarrolló en el hermano no querido el prototipo de amigo no deseado. La relación con los hermanos representa la mejor oportunidad de aprender a aprender, a rivalizar a celar, a ser cómplices a apoyarse y a socializar (Castillo, 1988).

En muchos casos, si la relación íntima fracasó con los padres, los hermanos representarían la posibilidad de realizarla y rehacer lo que faltó con ellos, la relación normal entre hermanos está matizada de sexualidad, pero deserotizada, es decir, un adolescente siente mucho placer por convivir con su hermano, sin embargo, no experimenta ninguna sensación erótica hacia él (Arranz, 1980).

2.4.2 Adolescente y sus amigos

Como se mencionó anteriormente, parte de la formación de la identidad implica cierto grado de separación de la familia. En este momento de transición, la mayoría de los adolescentes acuden a su grupo de amigos de la misma edad, quienes les proporcionan una red de apoyo que hace posible la autonomía y la experimentación con diferentes valores culturales, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades de cercanía emocional.

El grupo de amigos también ayuda al adolescente a determinar su propio estilo social. Debido a esto, con frecuencia los adolescentes sienten una desesperada necesidad de aprobación por parte de sus amigos, con respecto a sus decisiones y opiniones, así como a sus patrones de comportamiento preferidos. Continuamente se cuestionan sobre lo adecuado de su comportamiento y se les dificulta tolerar las críticas, lo cual resulta en rígido conformismo respecto de los valores del grupo de amigos de la misma edad.

Como se ha expuesto, los amigos son importantes para los adolescentes; sin embargo, la naturaleza de la amistad varía significativamente durante esta etapa de la vida. Al principio, los grupos de amigos tienden a ser grupos pequeños, de tres a nueve miembros, y de un solo sexo (llamados pandillas). La pandilla proporciona al adolescente amistad íntima y cercanía. Con el tiempo, estos grupos de un solo sexo se desintegran y son reemplazados por grupos mixtos, que a su vez se disuelven, cuando la "pareja" se convierte en la forma dominante de amistad íntima (Dunphy, 1963, en: Morris, 1992). En un principio, las relaciones heterosexuales dentro del grupo son de corta duración y satisfacen las necesidades mutuas, pero carecen de la connotación de "enamoramamiento", compromiso y matrimonio.

La amistad representa un valor existencial fundamental que hace la vida de los hombres y de los adolescentes en particular más fecundada (Lepp, 1991). Cada individuo se ve influido profundamente para lograr, a través de sus amistades, el pleno desarrollo de sus facultades sociales, afectivas y espirituales.

La amistad parece ser la más natural expresión de la afectividad humana, lo que explica que se la encuentre en todos los niveles del desarrollo afectivo. Al llegar a la adolescencia, los ideales del joven se tornaron más complejos pues se alimentan de fuentes ajenas a la familia. Entre los adolescentes suelen existir lazos amistosos, es la edad por excelencia de la amistad.

La misma energía afectiva alimenta el amor y la amistad. De la misma fuente de energía extrae fuerzas para amar a una mujer si es hombre y para tener amigos se identifique uno con el otro y que su conducta se encuentre en una creación mutua de situaciones, sensaciones y actos (Lepp, 1991), lo cual implica actuar creativamente, al mismo tiempo uno sobre el otro, moviendo incluso aspectos espirituales creativos.

Con los amigos se tienen relaciones íntimas (no sexuales), casi todos los adolescentes poseen uno o más amigos íntimos, con quienes se desinhiben y comparten lo incomunicable a los demás. Con el amigo íntimo se experimentan lealtades, en ocasiones más intensas que con la familia, ya que éste entiende, comprende y hace que el adolescente se sienta comprendido. La relación entre los amigos íntimos ha sido objeto de novelas, películas, obras de teatro, etc., debido a que es una amistad sublimada y sublime para el adolescente. No hay nada más sublime que reunirse con los amigos íntimos y platicar con los padres, hermanos, frustraciones escolares, amorosas o de cualquier índole.

Es a este amigo a quien se le pueden platicar los secretos más profundos, es quien sabe y conoce las peores conductas y fantasías que se hayan tenido y no da a cambio ningún juicio o reproche, el amigo íntimo puede acompañar al adolescente durante toda la vida. Es deseable que los adolescentes tengan amigos íntimos como representantes actuales de lo inconfesable a los hermanos y padres.

Las cualidades que tiene un amigo no explican suficientemente por qué se lo elige precisamente a él como tal. Ocurre a veces como en el amor de pareja; hay un flechazo que en realidad se explica por el hecho de que inconscientemente el adolescente capta algo que lo

lleva a sentir que el otro lo que el otro ya es, y también lo que es capaz de llegar a ser a medida que en ese proceso, dado que parte de la base de que la amistad verdadera transforma al otro internamente. Además, el adolescente le da importancia a aquello que tiene derecho a esperar y a recibir del amigo y lo que él mismo se siente capaz de darle.

Los adolescentes buscan en sus amigos un eco y una reproducción del propio ideal del Yo, con sus valores y aspiraciones. De este modo, cuando sienten el deseo de tener a tal persona como amiga, se debe a que ya han captado inconscientemente que en ciertos aspectos de su personalidad tal individuo corresponde a su ideal del Yo, que tiene aspiraciones idénticas o semejantes y que lo rigen los mismos valores. Sin embargo, no basta que el otro se conforme al propio ideal del Yo para que nazca la amistad. Además, es preciso que exista reciprocidad

Los adolescentes saben inconscientemente si su amistad con otro es viable, al captar y darse cuenta de cómo es el otro, particularmente en función del ideal del Yo y al determinar si hay afinidad y complemento con el propio Yo (González, et al., 2001).

2.4.3 Noviazgo entre los Adolescentes

Existen en el adolescente relaciones íntimas que se forman mucho antes de llegar a poseer una relación íntima heterosexual. La relación sexual con una pareja heterosexual culmina el proceso de desarrollo que se inicia con el nacimiento, tener relaciones sexuales con una pareja heterosexual de la oportunidad de procrear, consolidar e incrementar la personalidad y obtener placer.

Aparentemente el placer es lo más importante para el adolescente, pero basta con observar un poco más y es evidente que aunque este aspecto sí es importante, es más probable que una pareja de jóvenes logre obtener una relación emocional, profunda, discreta, abierta, sincera y que llegue hasta el interior de la pareja, de tal manera que al tocarse con el afecto se perciba la plenitud del placer (González, 2001).

Es importante mencionar que la elección de pareja no sólo se funda sobre la base de la satisfacción o frustración de las necesidades sexuales o agresivas que se encuentran en ella, sino que lo más importante es el estilo de relación que se establece.

Existen cinco puntos a considerar dentro de la atracción interpersonal:

Personalidad similar. Se observa cuando en la relación ambos poseen aspiraciones o valores y variables sociales comunes (por ejemplo, la religión, nivel educativo, nacionalidad, etc.).

Necesidad de complementariedad. En todo tipo de relación interpersonal existen represiones de conflictos emocionales y de afectos y por tanto, neurosis. De modo que, generalmente, la pareja elegida tiene la capacidad de satisfacer tal neurosis. En la vida real no hay elecciones casuales, dos personas con sus respectivos núcleos neuróticos o psicóticos, se buscan porque se complementan.

Actitudes similares. Los rasgos similares aumentan la atracción en la pareja (actitudes, intereses, valores) porque estos son evaluados positivamente por el otro. Mientras mayor sea el valor afectivo de los atributos de una persona, mayor será la atracción que se sienta hacia la misma.

Las actitudes adoptadas ante problemas como las relaciones prematrimoniales, el embarazo en adolescentes y el matrimonio, el aborto, la madre soltera, la infidelidad, el machismo, el feminismo y cosas por el estilo, ayudan o favorecen las relaciones interpersonales. También influyen las actitudes que se abriguen hacia la educación de los hijos o hacia las diferencias de clases sociales. En términos generales, se relacionan mejor las personas de la misma clase social, sin que esto sea una regla. En lo profundo, las relaciones interpersonales dependen mucho de la adecuada relación que se establece con las personas queridas desde la infancia (González, 2001).

Un nivel de inteligencia parecido entre el individuo y quienes lo rodean favorece las relaciones interpersonales. Las personas con muy diferentes niveles de inteligencia tienen dificultad para relacionarse entre sí. Las motivaciones prioritarias de las personas pueden favorecer o entorpecer las relaciones interpersonales; el ritmo de vida, físico y mental colabora con la relación interpersonal (González, 2004). Un adolescente quizá llegue a formar diferentes parejas y reaccionar ante cada una de ellas de distinta manera, con una persona tal vez inhiba o compense aspectos enfermos de su personalidad y con otra probablemente le de salida a pulsiones que suele reprimir. El mismo adolescente, con su particular psicodinamia y psicopatología reacciona, se desenvuelve y siente de diferente manera de acuerdo con la pareja con la que se encuentre.

En la relación de pareja entre adolescentes, no se puede evaluar de manera independiente la psicopatología de cada uno, sino que es preciso observar que la pareja constituye una entidad única, nueva y diferente de los elementos que la originan.

Las relaciones de pareja adolescentes deben fundarse sobre afectos positivos, también lo es el hecho de que en múltiples ocasiones se basan sobre afectos negativos, como la agresión, la destrucción, la hostilidad y todo lo que lleva a la desunión y desmembramiento del vínculo de pareja. Más aún, hay casos en donde los afectos negativos son los que permiten que la relación perdure, bajo estas circunstancias se trata de relaciones patológicas de pareja entre adolescentes.

2.4.5 Psicopatología de las Relaciones de Pareja de Adolescentes

La personalidad individual de cada miembro, debe considerarse la forma en que se establece la relación, la manera en que cada uno influye sobre el otro y cómo esta interacción afecta nuevamente a los dos. Esto significa que, en todo los casos, la conducta de uno de los

miembros sigue y retroalimenta la del otro, de manera que se ve afectada la relación de pareja por ambas actitudes (Valles, 2000).

Las siguientes formas de interacción pueden ser consideradas como características psicopatológicas:

Parejas con dependencia patológica. La dependencia o el temor a la dependencia frecuentemente se vuelven una barrera en las relaciones interpersonales. Las personas dependientes quedan atrapadas en la relación con el otro, temen ser engullidas, absorbidas, en cuanto se conectan afectivamente.

Las parejas con dependencia hostil (maltrátame pero no me dejes). Se trata de parejas en donde se establece una relación simbiótica disfuncional. La elección es narcisista, es decir, se elige al otro en espejo, porque se le ve semejante a uno mismo. La pareja es la simbiosis normal, es vista como una fuente de satisfacciones que hacen sentir al joven seguro y amado.

Las parejas: “tu novio, tu propio enemigo”. Existen refranes populares que parecen afirmar que en las relaciones de pareja el elemento agresivo está justificado, por ejemplo: “Todo hombre mata lo que ama” “Quien bien te quiere te hará sufrir” “la pareja, mi dulce tormento”, tales refranes parecen señalar como la elección de pareja, que normalmente se realiza con amor, puede transformarse en una relación de rencor.

Las parejas adolescentes, controlador- controlado. Se trata de parejas adolescentes en donde el vínculo se establece a través del deseo de control de uno y la voluntad de sometimiento del otro.

Las parejas adolescentes que rivalizan. La rivalidad con los demás también afecta el buen desarrollo de las relaciones interpersonales. Las personas competitivas interpretan la vida

como un juego de ganar o perder, consideran que quien tiene más poder, dinero o posesiones es el ganador.

Las parejas adolescentes celosas. Todas las personas experimentan en algún momento de su vida celos, empezando desde su niñez. Los celos son el sentimiento negativo que aparece, cuando se cree amenazada una relación íntima a la que se da un valor o una gran estima.

Las parejas adolescentes perversas. Las parejas normales se ayudan mutuamente en forma inconsciente a reprimir pulsiones inaceptables, cuya realización sería una amenaza para su integración. Las parejas perversas tienen deformado este fin, parecen estar constituidas para dar salida a un monto de conducta impulsiva, voyeurismo, exhibicionismo, promiscuidad, incesto, travestismo, etc., que más que favorecer el desarrollo de sus integrantes, llevan a la destrucción de la pareja y de quienes lo rodean.

Las parejas adolescentes co-dependientes. La codependencia es una forma inconsciente del proceder conductual que favorece la persistencia de un trastorno, siempre y cuando este trastorno sea utilizado inconscientemente en las perturbaciones del desarrollo emocional del individuo. La codependencia opera en las adicciones y el alcoholismo. Sus causas siempre se remiten a la historia personal y a la de las relaciones interpersonales, también se encuentra en adolescentes con alguna enfermedad crónica, como el Sida.

La influencia que la calidad de las relaciones interpersonales tiene sobre la personalidad y el desarrollo de los adolescentes es muy amplia. Esta calidad en las relaciones interpersonales hace a los jóvenes amables, tiernos, sociables, condescendientes, exitosos, sanos, mientras que el conflicto interpersonal los vuelve agresivos, envidiosos, celosos, enfermos. La relación interpersonal troquea el estilo emocional y social del ser de una persona (González, 2004).

2.6 Adolescencia y confrontación generacional

La historia del adolescente nace antes de su nacimiento biológico. Existe un orden simbólico, orden lógico que precede a su nacimiento cronológico. Este orden es el lugar que ocupa el hijo en la fantasmática individual en cada uno de los progenitores y en la pareja, lugar que estará determinado en relación con el sistema narcisista de la madre y del padre y que se plasmará en una representación, será el representante narcisista primario del deseo inconsciente de la madre y del deseo inconsciente del padre, así se mantendrá la homeostasis narcisista de la situación del medio familiar. Es a partir de este momento lógico cuando el adolescente comienza a ser identificado en tal rol y en un determinado lugar, punto de partida de su identidad y su identidad sexual (Burin & Meler, 2001).

La relación entre padres e hijos adolescentes ha padecido sólo recientemente condiciones de cambio y ha promovido interrogantes en el vínculo establecido entre ellos.

Los valores y actitudes familiares cambian. En la familia tradicional se regían bajo la figura omnipotente de un padre patrón, con rígidos modelos patriarcales que reproducían en el interior de la familia el modelo patriarcal, flexibilizados por el imperativo de los afectos y por nuevas distribuciones en las relaciones de poder: los padres conservarán el poder racional y económico: las madres, el poder de los afectos. Y los vínculos con los hijos y las hijas buscarán reproducir esos modelos: se intensifican los vínculos bien identificados de los niños con sus padres y de las niñas con sus madres.

A partir de las últimas décadas de este siglo, estas condiciones de familia moderna, que ya había llegado a estabilizarse a lo largo de los siglos XIX y XX, comienzan a cambiar. Si los valores de la autoridad paterna omnímoda y de las costumbres tradicionales ya habían sido puestos en crisis en las familias modernas y dado lugar a los deseos de autorrealización personal, egoísmo y el individualismo por sobre la solidaridad colectiva, en las últimas décadas estos valores vuelven a ser cuestionados (Burin & Meler, 2001).

Así como las familias nucleares se formaron sobre la base de la relación madre-hijo y el bienestar de los hijos de la familia paso a ocupar un valor destacado dentro del proyecto familiar, en las familias de la nueva condición posmoderna la posición social y subjetiva de padres, madres e hijos vuelve a cambiar en el sentido que la familia abandona sus miembros. Se rompe la imagen de familia anclada y que se describen en tres aspectos: a) el corte mas definitivo en los lazos que unía a la generación joven con la vieja, con cierta indiferencia de los adolescentes hacia la identidad familiar y sus objetivos, discontinuidad en la transmisión de valores de padres a hijos, b) la nueva inestabilidad de los vínculos en la pareja conyugal que se refleja en los altísimos índices de divorcio y de las nuevas formas de vivir en familia (hogares monoparentales, familias ensambladas, etcétera), c) la demolición de la idea de familia como “nido” o como refugio para las problemáticas de la vida cotidiana (Burin & Meler, 2001).

Esta discontinuidad de valores e intereses es lo que algunos autores denominan “brecha generacional”. Para los adolescentes, su grupo de pares constituye su lazo social fundamental y socializante; así como la fuente identificadora de su subjetividad. Los estudios sobre sociología de la familia de las últimas décadas destacan que los adolescentes se escapan, cada vez con más frecuencia hacia una subcultura de pares que mantiene con la cultura dominante una relación no tanto de oposición sino de independencia. En esta relación entre las generaciones, la posición de los adolescentes y jóvenes no sería tanto como rechazo, como de indiferencia. La subcultura adolescente trata de mantenerse independiente de los valores de adultos, no es opositora, sino separada.

Pero a medida que aparece la familia posmoderna, los padres comienzan a perder su rol de educadores y de figuras de identificación únicas para sus hijos. Esta tarea se pasa a otras instituciones (escuelas, clubes, etc.) y a los pares de los hijos. Los padres se vuelven amigos de sus hijos y no representantes de una cadena generacional ni figuras de autoridad para ellos (Burin & Meler, 2001).

Harto de llorar, cansado de intentarlo sí, estoy sonriendo pero por dentro me estoy muriendo.

Anónimo.

CAPITULO III. SUICIDIO EN EL ADOLESCENTE

Existen pocos actos que realizan los seres humanos que impacten tanto a sus semejantes como el suicidio o el intento de éste. Cuando nos enteramos de un intento suicida o de un suicidio consumado difícilmente alzamos los hombros y continuamos con nuestras actividades, nos detenemos brevemente después de enterarnos cómo sucedió, nuestro pensamiento es invadido por preguntas: ¿por qué?, ¿qué lo llevó a atentar contra su propia vida? ¿Cómo es que llegó a pensar en quitarse la vida? ¿Acaso quienes convivían con él (ella) no se dieron cuenta?

Preguntas todas ellas muy difíciles de contestar, simplemente porque el que podía dar la respuesta ya no está, ha decidido dejar la vida, ha sucumbido ante lo que para él o ella era el insostenible dolor de vivir (Eguiluz, Córdoba & Rosales, 2010). Es así que generalmente el suicida tiene contacto con la muerte mucho antes de llevar a cabo el acto definitivo, por lo que actualmente se entiende el suicidio no sólo como un acto, sino como una cadena de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables, los cuales son: ideación suicida pasiva, contemplación activa del intento suicida y suicidio consumado (González, et al., 2002).

El aumento de las conductas suicidas en adolescentes según el INEGI (2002), ha dirigido la atención hacia factores situacionales capaces de producir cambios conductuales en los jóvenes y por lo tanto, a influir en las tendencias suicidógenas. El suicidio es un fenómeno complejo, en el que se involucran factores físicos, sociales y psicológicos, los cuales actúan e interactúan. Sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y como éste afecta su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no (Koplin & Gateen, 2002).

Los adolescentes entre 12 y 16 años serán los más afectados por un comportamiento suicida, registrándose un descenso significativo en menores de 12 años, las investigaciones criminológicas están descubriendo que los intentos de suicidio y las depresiones profundas son frecuentes en jóvenes inestables emocionalmente por problemas familiares, los motivos desencadenantes de los suicidios en adolescentes suelen ser aparentemente fútiles, pero no en relación al mundo adolescente. Los suicidios de adolescentes se llevan a cabo a través de fármacos, ahorcamiento, envenenamiento, arrojándose de un edificio, por automutilación, principalmente cortarse las muñecas y los brazos, también por prenderse fuego.

En un trabajo de la Organización Mundial de la salud referente al suicidio y a los jóvenes, se señala; el comportamiento suicida entre la juventud debe examinarse en el contexto de la cultura actual con sus actitudes sociales, sus restricciones económicas. La presión de sociedades altamente competitivas, presenta una significativa tasa de suicidios en los adolescentes (Barthel, 1978).

Es importante señalar que el suicidio en los adolescentes, es una conducta que se ha incrementado en los últimos años. En México, el panorama epidemiológico, muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos en la población joven (Híjar, et al., 1996). Específicamente para el grupo de 15-24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte, precedida por los homicidios y accidentes automovilísticos (Borges, et al., 1994).

A pesar de estas cifras, llama la atención que la tasa de intentos suicidas es mucho mayor en comparación con la de los suicidios consumados, de acuerdo con algunos expertos, ésta es de unas cincuenta a cien veces mayor (Conger, 1980). De acuerdo con dicho autor, muchos intentos suicidas por parte de los adolescentes no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas.

El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar- social

vulnerable que no puede impedirlo (Marchiori, 2012). En una dimensión social en donde dice que existe suicidio cuando la persona en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con certeza lo que normalmente debe resultar del mismo. Pero el acto del suicidio puede crear dudas, con lo que se tiene otra situación nueva: accidente, homicidio. Es indudable que la raíz del suicidio lo constituyen los motivos conflictivos interpersonales. Pero también y de modo fundamental el contexto histórico-social da significado a un acto autodestructivo (Durkheim, 1897).

La palabra suicidio tiene una connotación negativa que suele ir orientada a las acciones de un individuo o un grupo de individuos que se suicidaron en un tiempo o lugar definido. Cuando escuchamos que alguien se suicidó, lo primero que pensamos es qué le pasó, por qué lo hizo, no pensamos que hemos hecho como sociedad que ha permitido que alguien optara por esta vía. Esto no quita la responsabilidad individual de quien se suicida, sino simplemente nos permite pensar en el suicidio de otra forma. Al reconocer el suicidio como acto individual quitamos a la sociedad el reconocimiento de su responsabilidad y de la naturaleza de lo que ella ocurre previamente a la presencia del suicidio de alguno de sus integrantes (Bernhardt, 2003).

El suicidio no necesariamente es considerado el acto de un psicótico, pero se piensa que en el momento del acto suicida hay un quiebre psicótico. Es el resultado de una conducta psicopatológica que puede ser catalogada como un fracaso adaptativo, a diferencia de otras conductas neuróticas. El acto suicida se realiza en medio de una crisis, en la cual los trastornos emocionales condujeron al individuo a un grado tal de restricción cognoscitiva que no encuentra mejores soluciones (Zúñiga, 1998)

En la conducta suicida existen tres formas de realizarla: el gesto suicida, el intento suicida y el suicidio. El gesto suicida es la conducta mediante la cual se ingieren sustancias o se producen lesiones que no son letales en sí mismas, pero que tienen el propósito de manipular a otros. El intento suicida es el acto realizado con la intención de producirse la muerte a sí mismo pero que no se logra porque lo hecho no fue suficientemente letal o porque la ayuda

oportuna evitó la muerte. El suicidio consumado es la resultante de haber llegado al punto de no retorno en el cual se logra la muerte por la misma acción o por no haberse atendido a tiempo (Quintanar, 2007).

Los patrones de conducta suicida se han venido quebrantando: se ha incrementado su incidencia y prevalencia, su imagen se ha socializado más, se han debilitado diferentes estructuras sociales que servían de contención y soporte, la estructura familiar se ha diversificado y se han cambiado las condiciones de trabajo y la organización laboral. El proceso de la conducta suicida se mueve desde la desesperanza hasta el intento suicida. La evolución hacia la ejecución del acto implica desajustes emocionales, cognitivos y comportamentales en el sujeto, indicadores de pérdida de su salud individual (Guibert, 2000).

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multi-causal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, psicosociales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes de la conducta suicida. Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (Herrera, 1997).

El suicidio es consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso filosóficos, que se manifiestan y agrupan tanto en el colectivo de una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de sus integrantes, como todas las conductas humanas el suicidio es un acto complejo, por lo que no se puede dejar de considerarlo bajo distintos ángulos. Según cifras de la OPS en 1977 morían 1000 personas diariamente por suicidio (en la actualidad esta cantidad se ha incrementado significativamente) (Quintanar, 2007).

3.1 El suicidio por grupos de edad

3.1.1 El suicidio en la infancia

En el caso del suicidio infantil se ha encontrado que los factores sociales, y sobre todo familiares, son los determinantes para que ocurra esta forma de conducta. Tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado en niños son problemas que se han ido incrementando y que no han sido resueltos.

Alguna información en relación al suicidio infantil han mostrado que algunos de los factores que favorecen el suicidio en niños son antecedentes suicidas en los padres, los ambientes familiares caóticos, las condiciones de maltrato, la reacción de sentimientos de desintegración interna, la manipulación de los sentimientos y el deseo de reunirse con un pariente fallecido. Estas condiciones se pueden presentar en la forma de regaños por los fracasos escolares, castigos de los padres o situaciones de confusión extrema (Quintanar, 2007).

Para entender tanto a la muerte como al suicidio en los niños es necesario considerar su etapa de desarrollo y su concepto de la muerte. Una forma de detectar riesgo de suicidio en los niños es identificar la naturaleza de su juego, los personajes y los desenlaces de estos, la naturaleza de sus dibujos y sus relaciones afectivas con sus padres.

Desde el segundo hasta el sexto año de vida, la independencia y la movilidad del niño se incrementan; el infante explora el medio y su curiosidad excede su habilidad para detectar riesgos, por lo que la supervisión del adulto y la garantía de un ambiente seguro son fundamentales. Algunos estudios indican que el riesgo es mayor en niños de familias con problemas de abuso en el consumo de alcohol y drogas (Hijar et al., 1996).

Cabe destacar la importancia cualitativa de las muertes por envenenamiento en niños, sobre todo si consideramos que es posible evitar la mayoría de los decesos. Por otro lado, las de-

funciones constituyen sólo una parte de los daños a la salud ocasionados por envenenamiento, se estima que por cada muerte ocurrida en niños menores de 5 años se presentan 250 ingresos hospitalarios y un número indeterminado de eventos que no acceden a los servicios de salud (Rodríguez, 1994).

3.1.2 El suicidio en la adolescencia

Los suicidios de adolescentes también tienen sus particularidades. En México se ha observado un incremento de suicidios e intentos suicidas en la población más joven en comparación con los años anteriores. Muchos de estos casos tienen antecedentes de violencia familiar, abandono, abuso sexual e incluso adicciones de algún tipo, pero no existen datos precisos acerca de las circunstancias que han rodeado la muerte de adolescentes por accidentes, principalmente los de carretera, que ponen al descubierto la presencia de patrones de comportamiento de alto riesgo (Quintanar, 2007).

Según datos del INEGI de los últimos años, los intentos suicidas tienen una frecuencia superior en el caso de las mujeres que en el de los hombres y aumenta de casi 20 casos en el grupo menor de 15 años a poco más de 80 en el grupo de 15 a 19 años. Las diferencias son notorias entre los suicidios y los intentos suicidas para hombres y mujeres en ambos grupos de edad (INEGI, 2002).

Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas a corto y mediano plazo. En el caso de México ha sido identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (González et al., 1998).

En México existen estudios acerca del suicidio en los adolescentes y es evidente la necesidad de dar mayor atención a este problema, quien lo intenta una vez es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales. A partir de que el intento suicida ha sido identificado como uno de los mejores factores asociados del suicidio

consumado y que en adolescentes con intentos suicidas se ha observado la conducta suicida múltiple es un predictor del suicidio consumado (Rodríguez & Vázquez, 1997).

La presión de sociedades altamente competitivas, presenta una significativa tasa de suicidios en los adolescentes. Los suicidios no son siempre predecibles, sino que revelan que el paciente ha formulado lentamente un plan y lo ha ensayado en su fantasía, como se evidencia en la crisis profunda, la pérdida de la esperanza y los sentimientos de desamparo (Greenberg, 1963).

3.1.3 El suicidio en la edad adulta

En este grupo poblacional encontramos que los intentos suicidas se igualan entre hombre y mujeres entre los 20 y 34 años. En el caso de los 20 a los 54 años, la frecuencia de suicidios es mucho mayor en hombres que en mujeres, en esta edad ocurren más suicidios en nuestro país, también es el grupo de edad en el cual recae la mayor responsabilidad social, son los que tienen la mayor participación laboral y su muerte implica muchos años de vida productiva perdidos y con cada una de estas muertes la sociedad también pierde una oportunidad.

Existen datos que parecen evidenciar que existe relación entre la condición de los hijos, la condición económica y las diferencias de suicidios entre hombres y mujeres. Adelantar la idea de que esto se entiende debido a que el hombre es el responsable de mantener el hogar y la mujer la responsable de la relación con los hijos sería una explicación muy simplista que realmente no permite comprender como interactúan estas y otras condiciones en el suicidio (García, 1981).

3.1.4 El suicidio en la tercera edad

En la vejez sucede algo muy parecido a lo que ocurre en la edad madura, pues son más los casados que se suicidan que los solteros, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

De los factores de riesgo considerados para que haya suicidio se encontró diagnóstico psiquiátrico de depresión , ansiedad, además de factores demográficos como vivir solo, estar divorciado, desempleado o jubilado, presencia de alcoholismo, muerte de algún familiar y antecedentes de suicidio en la familia, conforme las poblaciones han ido envejeciendo la frecuencia de suicidio en el adulto mayor ha ido incrementándose.

Para muchos ancianos la existencia de una condición desoladora los lleva a desear más la muerte que otra vida, pues sufren de depresión y la melancolía como a ninguna otra edad. No se sienten queridos ni útiles y predomina la sensación de vacío interior (Mesa, 1994).

En el anciano la conducta suicida tiene las siguientes peculiaridades:

- a) Hay una utilización de técnicas más duras y mortales
- b) Hay menor frecuencia de aviso de suicidios
- c) Los suicidios son más premeditados
- d) Hay suicidios pasivos (dejarse morir) (Mesa, 1994).

Las causas de la muerte de los ancianos no siempre son investigadas a fondo, pues suelen estimarse un proceso natural y esperado. Esta actitud lleva a pasar inadvertidas las caídas, los accidentes, el incumplimiento de los tratamientos médicos, el rechazo de los alimentos, la falta de atención del personal de salud, los descuidos al cruzar la calle. Es sabido que al desaparecer el deseo de vivir, la muerte sobreviene más rápidamente y algunos datos estadísticos muestran que una proporción de hasta 83 % de los casos de suicidio presentaban sentimientos depresivos intensos y en el caso de los ancianos la posibilidad de que estos consideren el suicidio una opción que aumenta cuando existen factores adversos, como vivir solo, no contar con afectos cercanos, pérdida de compañeros contemporáneos, tener limitaciones físicas y la falta de recursos entre otros (Krassoievich , 1993) .

Una condición que también influye en el suicidio es el aislamiento social. El hombre pierde con mayor facilidad que la mujer la capacidad para establecer relaciones afectivas sólidas

con otras personas, de modo que la vida fuera de la casa lo hace más vulnerable a esta condición. Las estadísticas sobre el suicidio en ancianos pueden estar infravaloradas y sesgadas, pues los reportes solamente consideran el suicidio consumado, aquel en el cual la causa de la muerte era inequívoca, así olvidamos que muchas muertes de mujeres suelen ser consideradas accidentes sin que necesariamente lo sean (Belsky, 1996).

Los intentos suicidas de las personas ancianas no necesariamente pueden ser vistos como actos manipulatorios que tienen el fin de atraer la atención; los ancianos con ideas suicidas a menudo planifican su suicidio en serio y tienen más posibilidades de tener éxito porque están motivados por el auténtico deseo de poner fin a su vida. Durante la vejez existen situaciones que inducen un sentimiento de desesperanza extrema, como la que corresponde a la muerte psicológica y social, que lleva a ver la opción de la muerte física como alternativa viable de solución. Las posibilidades de rescatar a un individuo que intentó suicidarse disminuyen durante la vejez. Es poco común que el anciano se suicide después de un solo suceso afectivo desafortunado (Clemente & González, 1996).

La variable edad no sólo tiene gran relevancia sino que hacen falta más estudios que permitan identificar las condiciones y variables que afectan diferencialmente a los distintos grupos de edad, con lo que podemos decir que la variable edad tiene dos influencias principales: por una parte la edad categoriza socialmente e impone obligaciones y responsabilidades concretas, así como presiona que se asuman ciertos papeles sociales, por otro lado da una perspectiva vital al conectarse con una serie de posibilidades y limitaciones.

Los distintos roles y estatus de las personas, ocupados o percibidos, así como las expectativas de rol y estatus son importantes como determinantes del suicidio, por esa razón el contexto socio histórico determina los factores e impone a cada sujeto ciertas condiciones que escapan a su control y voluntad.

3.2 Aspectos sociales del Suicidio

3.2.1 Sexo- suicidio

Se considera que de cada 100 personas que intentan suicidarse, 70 pertenecen al sexo femenino, pero tomando en cuenta el número total de personas que se suicidan de cada 100 suicidas, 70 son varones.

La diferencia en los comportamientos suicidas y los intentos de suicidio entre hombres y mujeres están relacionados a los instrumentos que utilizan. Es decir, el alto número de suicidios consumados en los hombres y mujeres está relacionado a los instrumentos que utilizan. Es decir, el alto número de suicidios consumados en los hombres se encuentran directa conexión con las armas utilizadas- armas de fuego, arrojarse a un puente, así como una mayor conciencia de su deseo e intento para autodestruirse.

Por el contrario las mujeres, se advierten ideas de muerte, intenciones de morir, pero los instrumentos elegidos para llevar a cabo la conducta autodestructiva no corresponden a una idea consciente y fija de perder la vida. El medio- instrumento utilizado por la mujer, resulta ser determinante para la sobrevivencia del comportamiento suicida, de ahí que las cifras expresen un número bajo de suicidio de personas de sexo femenino en contraste con la cifra alta de los comportamientos autodestructivos del sexo masculino (Durkheim, 1965).

3.2.2 Estado civil- suicidio

Las personas viudas presentan una vulnerabilidad particular en relación al suicidio, por los cuadros depresivos que conllevan el duelo y las dificultades para superar emocionalmente una nueva situación de vida. También las personas separadas, abandonadas, están en un estado similar.

Debido a los profundos sentimientos de soledad, temor, aislamiento afectivo y social, las personas viudas y solteras se encontrarían más vulnerables a los comportamientos suicidas. El estado de viudez puede constituir para muchas personas una situación de extrema angustia, soledad y miedo, la pérdida de una persona con quien se comparte la vida. Naturalmente esta significativa pérdida afectiva produce cambios profundos en la vida de las personas que en algunos casos no pueden superar y recurren al suicidio como un medio para reunirse con la persona con la cual estaban casadas y en otros porque ya su vida ha perdido el sentido de ser vivida. El duelo, es decir la pérdida de un ser querido, está íntimamente relacionada a los estados depresivos, a la tristeza y al desinterés por la familia y el medio social (Marchiori, 2012).

Las personas separadas, especialmente cuando se produce el estado de abandono, el impacto y el estrés que conlleva esta situación de pérdida afectiva, de pareja y familiar determina en algunos casos a los comportamientos suicidas, como respuesta a una situación de pareja y a una circunstancia familiar y social.

El impacto constituye para una persona soltera que llega a las ideas suicidas y al comportamiento suicida por la soledad y la angustia que significa aislamiento en un medio ambiente sentido como rechazante e insensible. La carencia de no-pertenencia a un grupo social ahonda, agrava el sentimiento de minusvalía e incomunicación social (Marchiori, 2012).

3.2.3 Ocupación- actividad- suicidio

Las personas sin actividad y o profesión serían las más afectadas en relación a los riesgos de comportamiento suicida. En una escala social se encuentran en una circunstancia de mayor vulnerabilidad: los jubilados- pensionados, los desocupados, los estudiantes.

Un alto factor de riesgo es la movilidad laboral, los continuos cambios de trabajos, agravados por el descenso de categoría, se han utilizado tres indicadores:

- I. La movilidad intergeneracional.
- II. La movilidad de la profesión individual.
- III. Y la movilidad de la situación económica-social.

El suicidio se produce como un proceso en el cual el perder el prestigio económico por una carencia ocupacional o una disminución en el nivel ocupacional crea un estado de frustración, que puede agravarse por una mala conflictiva en los lazos sociales o una desintegración social.

Personas con niveles educativos avanzados y por consiguiente ocupaciones o actividades correspondientes a esos niveles estarían más vulnerables a comportamientos suicidas, es decir profesionales, comerciantes, empresarios. La pérdida de prestigio, pérdida laboral conduciría a situaciones de una marcada desvalorización en estas personas (Breed, 1963).

3.2.4 Zona urbana- rural- suicidio

El suicidio es un comportamiento que tiende a crecer, las estadísticas señalan que las tasas de suicidio en las regiones rurales son más bajas que en los poblados y ciudades.

Los registros de muerte por suicidios que se verificarían, en un alto índice, en zonas urbanas, obedecería a criterios de dos aspectos básicos:

- a) Anatomía, la falta de normas culturales-sociales que vivencian zonas urbanas, cuya población producto de movimientos migratorios internos (en una búsqueda laboral)

y que son grupos que pertenecen y están integrados a otros modelos culturales conducen a una grave desadaptación social y un aislamiento social.

- b) El registro de los comportamientos suicidas en zonas rurales presenta mayores obstáculos que los de zonas urbanas. Es decir por razones sociales, culturales y policiales técnicas no se realizan los estudios criminalísticos correspondientes.

3. 3 Ideación suicida

La ideación suicida se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Beck, 1975).

El instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007) define la ideación suicida como el proceso de pensamiento que realiza una persona, con el objetivo de atentar contra su propia existencia, ya sea que la destruya o no. Otros investigadores señalan que el suicidio, puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto-infringida, es decir el suicidio consumado.

El tiempo de duración de las crisis suicidas puede ser largo o corto y tiene algunas características que la distinguen (Medina, 2004):

Sentimientos acerca de la muerte: es importante su análisis en el sujeto, pues sería la muerte un posible resultado de su conducta y muchas veces se valora culturalmente ésta como una solución de tranquilidad, aun cuando ella presenta abandonar la vida humana y negar la capacidad de adaptación o modificación del medio social que posee y puede desarrollar el hombre.

Comunicación: es la conducta suicida puede ser a menudo una forma de comunicarse de forma peligrosa y desesperada, donde el adolescente expresa sus sentimientos sobre sí mismo, la situación en la cual se siente atrapado y su necesidad de atención y ayuda. Esto se da a partir de una sensación desesperada de incapacidad para enfrentarse con sus problemas y la infeliz conclusión de que no le importa a los otros o estos no lo escuchan adecuadamente, el suicidio pretende enviar un mensaje de enojo a una persona específica que siempre existe.

Ambivalencia: presencia simultánea en los suicidios de sentimientos de vida y de muerte, de odio y amor que se pueden expresar hacia la misma persona y que estabilizan la inseguridad, esta característica es vital para la intervención temprana efectiva la que nos permitirá influir y reorientar a la “diada” y emplear mejor los sistemas de apoyo social.

Existen factores de riesgo esenciales para la idea suicida, algunas de ellas son:

- Personas sin apoyo social y familiar.
- Personas que han sobrevivido al intento suicida.
- Personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio.
- Antecedentes familiares de suicidios o de intentos
- Presencia generalizada de sentimientos de culpa y desesperanza.
- Presencia de depresión mayor.
- Presencia de ansiedad e insomnio.

Factores extra-sociales

Existen dos clases de causas extra-sociales a los cuales se puede atribuir una influencia sobre la tasa de suicidios, las disposiciones orgánico- psíquicas y la naturaleza del medio físico. Podría suceder que en la constitución individual, o al menos en la constitución de una clase importante de los individuos, hubiese una propensión, de intensidad variable según los países, que empuja directamente al hombre al suicidio, por otro lado el clima, la temperatura, etc., podrían por la manera en que actúan en el organismo, tener indirectamente los mismos efectos (Durkheim, 1965).

Los sucesos de vida estresantes son uno de los diferentes factores de riesgo para el suicidio adolescentes son uno de los diferentes factores de riesgo para el suicidio adolescente reportados en la literatura científica al respecto. Los estresores cotidianos, tales como las pérdidas interpersonales (por ejemplo, rompimiento de la pareja) al igual que los problemas legales o de conducta, se asocian con el suicidio adolescente consumado, otros factores de

riesgo son como la psicopatología u otros factores antecedentes de tipo social, familiar o personal (González, et al., 2001)

La prevalencia de estresores específicos entre víctimas de suicidio varía de acuerdo con la edad: el conflicto padre-hijo es un precipitante común entre los adolescentes suicidas más jóvenes, mientras que las dificultades románticas son más comunes en los adolescentes mayores (Brent, 1965), las crisis legales o disciplinarias son más frecuentes en las víctimas con trastornos disruptivos.

Las ideas suicidas a menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa y la dependencia de las drogas o el alcohol (Jiménez, 2004). Se ha encontrado que los adolescentes suicidas tienen una falta de desarrollo positivo de la identidad individual, necesario para dar paso a los sentimientos de autovalía, de sentirse alguien relevante y con un propósito de vida (Rice, 2000).

3.4 Comportamiento suicida

Referirse al comportamiento suicida significa hablar de un conjunto de comportamientos cuya relación se da por la intencionalidad ya sea de comunicar, actuar o llevar a cabo un acto autodestructivo para acabar con la propia vida. Este conjunto de comportamientos se puede agrupar en el término de suicidabilidad que incorpora el componente cognitivo y el conductual del comportamiento suicida (Van Heeringen, 2001).

El componente cognitivo está identificado con la ocurrencia de cualquier pensamiento relacionado con conducta autodestructiva: pensamientos que comprenden ideas sobre la muerte, pensamientos acerca de la posibilidad de terminar con la propia vida, hasta ideas referidas a planes concretos que incluyen lugar, método y tiempo para llevar a cabo el intento. El componente conductual, por su parte identifica los comportamientos de intencionalidad autodestructiva, entre los cuales se tiene principalmente: el gesto suicida (conductas que simulan el acto suicida tal como ponerse la pistola en la cabeza, el cuchillo en las muñecas), el intento suicida (conducta autodestructiva que no culmina con la muerte) y el suicidio consumado, siendo el más controvertido el intento suicida. Ya que el término de intento suicida abarca un grupo de comportamientos entre las cuales se encuentran las heridas infringidas en los brazos y el consumo de veneno o sustancias tóxicas, donde el común denominador es la no ocurrencia de un resultado fatal.

Otro concepto importante relacionado con el comportamiento suicida es el de suicidabilidad que se orienta hacia la noción de riesgo, ya que el riesgo variaría dependiendo del número y combinación de componentes que se presenten en cada caso. Considerando exclusivamente la gama de conductas implicadas en el comportamiento suicida, se observa una progresión de riesgo a medida que se combinan unas con otras. Tal incremento de riesgo se expresa a través de lo que se ha denominado como pirámide de suicidio (Van Heeringen, 2001), donde además se modela la proporcionalidad que se da entre cada uno de los componentes de la suicidabilidad y el trayecto que se sigue desde el primer componente hasta el último. De acuerdo con este concepto, las personas que presentan ideación suicida recurren-

te son las de mayor frecuencia en la población en general, siguiéndoles aquellas personas que, además de ideación suicida, identifican planes para llevar a cabo el suicidio, las cuales aparecen con menor frecuencia que las anteriores. A estas le siguen aquellas personas que, además de todo lo anterior, llevan a cabo algún intento suicida; finalmente, en el tope de la pirámide, están aquellas personas que consuman el acto suicida.

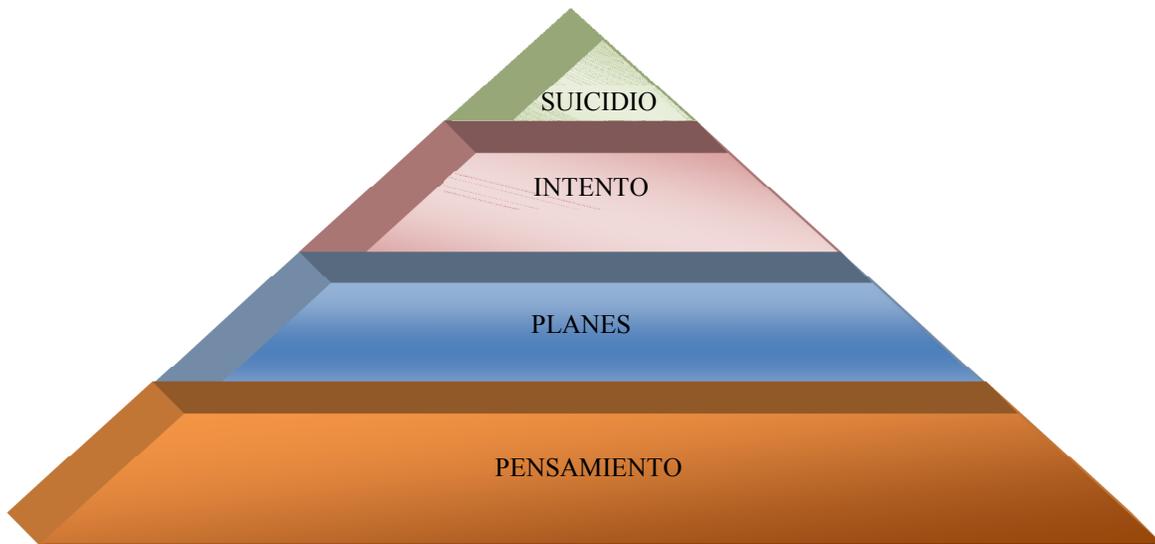


Fig. 3 Pirámide del suicidio, (Van Heeringen, 2001).

El concepto de pirámide del suicidio muestra que en el trayecto del pensamiento suicida al suicidio consumado una proporción importante de personas desiste o cambia su intención, sin llegar a los siguientes niveles.

El comportamiento suicida puede tener múltiples causas externas, en cuya esencia psicológica se cree que el sujeto refleja las situaciones conflictivas de su realidad como perpetuamente desilusionadas y atormentantes. Esta tendencia provoca fallos en sus mecanismos auto-reguladores que se expresan en descenso de su autoestima y la agresión percibida del entorno social.

Además, menciona que en la conducta suicida del adolescente se deben considerar ciertos contenidos fundamentales, como que el suicidio en esta etapa de la vida no es un proceso psicopatológico, sino una conducta, es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto y que la mayoría de las investigaciones constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación suicida, la amenaza, los posibles intentos de suicidio y puede finalizar con el suicidio consumado.

Los rasgos psicológicos más comunes en la conducta suicida de niños y adolescentes: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, labilidad emocional y sentimientos de soledad o de tristeza (Ross, 1998).

Con respecto al intento suicida, Carveth & Gottlieb, 1979, citado en (Casullo, 1998), hacen una jerarquía de los factores de riesgo que intervienen en dicha conducta, estos son:

1. Nivel de desesperanza,
2. Ideación o plan de suicidio,
3. Intentos previos,
4. Estado emocional y afectivo,
5. Baja densidad de las redes de apoyo social,
6. Signos y síntomas de depresión,
7. Desintegración social,
8. Pérdidas afectivas recientes (soledad),
9. Estatus mental,
10. Deseo de ayuda.

Por otra parte (el “Modelo umbral de las conductas suicidas” en el que señalan la presencia de varios tipos de variables como (Blumental & Kupfer, 1990):

- A. *Factores predisponentes*, los cuales incluyen una historia genética familiar, factores biológicos perinatales y rasgos o estilos de personalidad.

- B. *Factores de Riesgo*, los cuales determinan la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas, incluyen lo que denominan situaciones contextuales, socioculturales y la presencia de psicopatologías específicas.

Además señalan como factores precipitantes, la accesibilidad a un método para quitarse la vida y estados o situaciones de soledad y aislamiento provocados por hechos específicos del ciclo vital.

Los factores precipitantes se originan y posibilitan una conjunción entre las dificultades para tener una cierta influencia en los demás, una disfunción cognoscitiva acerca de la relación de las situaciones y una disminución de energías personales. En su conjunto hace que aparezca un afecto intenso y/o una pobre regulación de los afectos que origina una impulsividad para tomar decisiones, dificultad para generar opciones y dificultad para evaluar las consecuencias que pueden tener las acciones propias. En estas situaciones la tasa de ansiedad percibida es muy importante y la impulsividad favorece el paso al acto, que se expresa como una conducta suicida.

Indicios de Riesgo de Suicidio en los Adolescentes

1. Estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado.
2. Alteraciones en el comer y el dormir.
3. Disminución del rendimiento escolar.
4. Aislamiento social gradual y una mayor incomunicación con las personas.
5. Ruptura de la comunicación con los padres y otras personas importantes en la vida del joven.
6. Antecedentes de intentos suicidas o complicación en accidentes.

7. Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso intenso de drogas o de alcohol, así como el manejo imprudente del automóvil (Cón-ger, 1980).

Se ha observado que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo. Otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo; por ejemplo, aquellos adolescentes jóvenes que parecieran buscar o generar situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Por otra parte están los factores protectores. Un factor protector, son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras.

Los factores de protección, se pueden distinguir entre internos y externos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, (Blumental & Kupfer 1990), los siguientes factores protectores de la conducta suicida:

- A. flexibilidad cognitiva,
- B. fuertes redes de apoyo social,
- C. ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital,
- D. ausencia de soledad,
- E. existencia de un proyecto de vida,
- F. tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas,
- G. tratamiento adecuado de los desórdenes de personalidad.

3.5 Familia y suicidio

La familia constituye el núcleo fundamental de toda sociedad considerada como referente social para cada uno de sus miembros más aun en el adolescente, quien vive en permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial en su desarrollo individual y en su identificación familiar (Maldonado & Saucedo, 2003).

En 1987, Durkheim destaca el papel de la familia en el comportamiento suicida. En este sentido, algunos investigadores han discutido y analizado sobre cuáles pueden ser las funciones esenciales de la familia, exponiendo por ejemplo que las principales características de una familia funcional son las jerarquías claras, los límites claros, los roles definidos, la comunicación abierta y explícita, la afectividad y cooperación entre los miembros y la capacidad de adaptación al cambio (Guibert, 2001). Cuando las relaciones familiares son cálidas, estrechas y cooperativas, los miembros se fortalecen y se fomenta la libre y creadora evolución personal; en cambio, cuando lo anterior no acontece, predomina la incertidumbre, con el consiguiente malestar que puede generar la ideación e incluso el intento suicida (Valadez, et al., 2005).

De los contextos sociales que influyen sobre el adolescente, la familia como ya se ha mencionado es el elemento esencial, es el medio social del que emergió, el espacio vital en el que se configura su subjetividad, en el cual el ámbito familiar actúa como soporte fundamental para su integración social, además de ser una fuente de identidad para el joven. Para el adolescente, una de las tareas más importantes la constituye la adquisición de autonomía, el principal elemento el cual consiste en una separación o un distanciamiento gradual en todos los sentidos en relación a sus padres. Una de las peculiaridades del adolescente es ser una persona que reclama con vigor su autonomía e individualidad, pero que es fundamentalmente dependiente de su cuadro familiar, de la estructura de la familia y de la personalidad de sus padres. Una situación agregada que dificulta el logro de la autonomía es que el adolescente enfrenta, por un lado, a los largos años de formación escolar y al ingreso tardío en el mercado laboral y también a las escasas oportunidades de empleo (Laluzza, 2003).

La familia es un grupo o sistema compuesto de subsistemas que serían sus miembros. Cada miembro de ese sistema posee roles que varían en el tiempo y que dependen de la edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, por lo tanto las influencias dentro de la familia no son unidireccionales sino una red donde todos los integrantes de la familia influyen sobre los otros. Los conflictos de pareja entre estresores que actúan directamente sobre los hijos y por si mismos afectan al adolescente (Misitu, Buelga & Cava, 2001)

El papel de la familia es vital para el proceso de independencia del adolescente y el desarrollo de una identidad adulta estable, de su personalidad. Todas las familias enfrentan problemas y es poco probable lograr cercanía sin crisis ni conflictos (Chagoya, 2004).

3. 6 Principales factores que favorecen al suicidio

Anteriormente se pensaba que la mayor proporción de suicidios consumados era a partir de los 65 años, pero ahora la tasa de suicidio juvenil se ha incrementado considerablemente entre los 13 y 25 años. El desencadenante más frecuente de tentativa de suicidio es el fracaso en la relación amorosa y algún padecimiento con sintomatología de trastorno mental. Esquemáticamente planteada, la frecuencia con que se predomina un padecimiento psiquiátrico podemos enmarcarla en lo siguiente:

1) La enfermedad psiquiátrica con más riesgo es la depresión. Los momentos con más riesgo son aquellos en que disminuye la inhibición y la melancolía. Los tres síntomas relacionados con el suicidio son: insomnio, abandono del cuidado personal y deterioro cognitivo.

Algunos de los factores asociados al suicidio en adolescentes son la depresión, sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, deterioro de las relaciones familiares, rendimiento escolar deficiente, dificultad de aprendizaje, autoimagen disminuida, consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual. Las tentativas previas de suicidio y la pérdida reciente de una persona amada también aumentan en forma manifiesta las probabilidades de suicidio (Wild, Flisher & Lombard, 2004).

La depresión es quizás uno de los factores que más se ha vinculado con el suicidio. Dicho trastorno afecta de manera importante el nivel de funcionamiento personal y social (Leyva, et al., 2007).

El trastorno depresivo puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza, etnia o nivel económico; comúnmente se lo asocia con fragilidad de carácter, lo cual obstaculiza el oportuno y adecuado tratamiento; por ello, es importante aceptar que la depresión es una enfermedad (González, et al., 1998).

El término trastorno del estado de ánimo se refiere a una variedad de condiciones clínicas en las que las principales perturbaciones son los cambios de estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo describe el estado emocional subjetivo de un individuo, mientras que el afecto es la parte observable u objetiva del estado de ánimo.

Durante muchos años, las teorías prevaletentes de la etiología del suicidio se han relacionado con la visión estándar de los efectos de la depresión clínica. Según ésta, la desesperación que llega a proporciones patológicas se considera un factor causal suficiente de la conducta suicida. La teoría sostiene que cuando se permite que un estado depresivo empeore, pueden tenerse pensamientos para los cuales la única solución es un acto suicida. La visión tradicional sugiere un continuo patológico en el cual el suicidio es una posible extensión del estado seriamente depresivo es decir:



Fig. 4 Flujo suicida (Zavala, 2014).

Cuando este paradigma se expande para tomar en cuenta el carácter bipolar del estado afectivo maniaco-depresivo, el suicidio se toma como un producto colateral de un cambio extremo en la dirección de la depresión de ego de la persona se encontrará en una posición riesgosa:



Fig. 5 Tendencia suicida (Zavala, 2014).

Esta dinámica prevalece tanto en las explicaciones clínicas como el pensamiento lego respecto al problema del suicidio. Los orígenes de esta visión prevaleciente de la dinámica. Los orígenes de esta visión prevaleciente de la dinámica del suicidio tienen profundas raíces teóricas. Freud sostenía la teoría, sugerida por Stekel de que los impulsos suicidas se basan en sentimientos de culpa que emanarán del superyó.

2) Patologías psiquiátricas La segunda enfermedad con mayor riesgo es la esquizofrenia

En la adolescencia tardía que es el grupo muestra de esta investigación, según cifras de ingresos anuales a los hospitales mentales, alrededor de los 17 años de edad es cuando comienzan a observarse los fenómenos esquizofrénicos. El joven alcanza el periodo en donde debe resolver tareas tales como independizarse de la familia, definir plan de vida, conformar la identidad del yo y lograr la capacidad para la intimidad, las cuales ocupan a todos los adolescentes, pero se vuelven casi imposibles para el joven esquizofrénico, quien además tiene conflictos intrapsíquicos e intrafamiliares que entorpecen su desarrollo. Dichos obstáculos tienen que ver con las creencias y los temores de los padres, quienes no ayudan al hijo adolescente a lograr una buena socialización fuera del círculo familiar. Esto es que en la adolescencia los diferentes estados psicóticos y la psicopatología subyacente represen-

tan tentativas para reorganizar la identidad del joven, su individualización y nuevas relaciones de objeto (González, 2004).

Una gran parte de las psicosis en la adolescencia se asientan sobre estructuras potencialmente esquizofrénicas, es decir que estas estructuras pre-esquizofrénicas se vean sometidas a una transformación en este momento evolutivo, lo cual genera estrés y exagera la ansiedad, facilitando la eclosión de la psicosis. En otros individuos, en los que los rasgos esquizofrénicos propiamente dichos no son claramente identificables, existe un pasado indicativo de una labilidad que puede caracterizarse como disposición psicótica (Reca, 1979). Por otra parte, cabe pensar que los caracteres y la movilidad del psiquismo adolescente llegan a facilitar la producción de cuadros esquizofreniformes, ya sea que posteriormente conduzcan o no a una esquizofrenia clásica.

La esquizofrenia comienza a menudo en la adolescencia, aunque no todas las manifestaciones patológicas o desviadas son siempre indicios de esquizofrenia. Bleuler la definió como una enfermedad que pertenece al grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y otras agudas, que puede detenerse o retroceder a cualquier estadio, pero la salud mental no se restablece por completo. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, afectividad (cuyo trastorno es independiente del trastorno del pensamiento) y la relación con el mundo externo, que en ningún otro caso aparece de esta manera particular (Bleuler, 1955).

Algunos antecedentes relevantes son los factores que caracterizan a las poblaciones de alto riesgo en que uno o ambos padres son esquizofrénicos, la presencia de dificultades en el curso del embarazo y de complicaciones neonatales. Si bien los lazos de causalidad con las esquizofrenias aún son poco claros, el bajo peso al nacimiento que algunos autores lo relacionan con la disposición genética y un retraso en el desarrollo sensoriomotor han sido mencionados como factores asociados.

Existen ciertos tipos de ambiente parental que rodean al futuro adolescente esquizofrénico, en los que predominan los siguientes elementos: hostilidad y repudio, inconstancia e inestabilidad; indiferencia, incapacidad y egoísmo, protección excesiva que lleva al hijo a sentir una dependencia exagerada y desamparo (Beck, 1975).

La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico, no una enfermedad única. Los síntomas más generalmente asociados a este diagnóstico deben interpretarse como una etapa final que comparten diversos estados patológicos en donde se observa una perturbación del Yo, ya sea debido a factores constitucionales, genéticos, psicógenos, tóxicos o infecciosos.

3) La tercera el abuso de sustancias (alcohol y otras toxicomanías).

El uso de drogas es un fenómeno sumamente heterogéneo, existen numerosas sustancias y variaciones de consumo en un mismo individuo a lo largo de su vida. El grupo de población más afectado por el consumo de drogas es el de los adolescentes, independientemente del tipo de droga de que se trate y de las variables que se consideren: psicológicas, familiares, medioambientales, biomédicas e incluso genéticas. Lo que aumenta el riesgo de la conducta suicida con el consumo de sustancias psicoactivas, pues su contacto con el organismo puede modificar tanto las funciones orgánicas como los estados de conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento (Cardona & Hernández, 2007). Entre las sustancias legales se encuentran el alcohol y el tabaco, mientras que las ilegales incluyen heroína, cocaína, marihuana y éxtasis, entre otras. La ingesta de alcohol incrementa el riesgo de suicidio porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol.

Alrededor de la mitad de los que intentan suicidarse están intoxicados en el momento de hacerlo (Guibert, 2003). En tanto, se ha comprobado que el consumo de tabaco en la adolescencia guarda relación con el consumo de otras sustancias psicoactivas, la ansiedad y trastornos psicopatológicos (básicamente esquizofrenia y depresión). El consumo de drogas, y principalmente el alcohol, frecuentemente se han asociado al suicidio, tanto como facto-

res de riesgo como precipitantes de la conducta suicida (Ros, 1998). La incidencia del suicidio entre consumidores de drogas es alrededor de 20 veces más que en la población general, y el 70% de los suicidios en gente joven se asocia de alguna manera con el abuso de drogas (Shaffer, 1988).

El consumo y dependencia de alcohol, autores como James (1966, citado en: Ros, 1998), afirma que al menos la quinta parte de los suicidios son debidos al consumo de esta sustancia, ya que en 20-64% de casos se detecta la presencia de alcohol en sangre.

El riesgo de suicidio es una predisposición que puede presentar un individuo a realizar un acto suicida. Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y colaboradores formularon un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas: la dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, trastorno de personalidad limítrofe o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos, un factor de cada dimensión para que aumente el riesgo de suicidio (Wild, Flisher & Lombard, 2004).

4. MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

El suicidio a nivel mundial se ha convertido en un problema de salud pública mayoritariamente en la población adolescente. En la actualidad el número de muertes por suicidio a nivel mundial, ocupa el lugar decimotercero y se estima que para el año 2020 ocupará uno de los primeros 5 lugares. (Eguilúz & Segarra ,2007), refieren que en el suicidio se han involucrado factores de tipo social, biológico, psicológico, genético psiquiátrico y orgánico.

México se reporta que el suicidio es la séptima causa de muerte en niños entre los 5 y 14 años de edad y la tercera entre adolescentes. En México ocurrieron 3,553 suicidios consumados durante el 2005, mayoritariamente en la edad de 15 a 24 años, más frecuente en individuos solteros. El tema del suicidio ha sido investigado en su mayoría en la consumación del acto, se observa que existe poca información respecto a la prevención del mismo, cabe señalar a la familia como uno de los factores que influyen en esta problemática social. (INEGI 2002)

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar.

Los estudios e investigaciones sobre el suicidio se han enfocado primordialmente al individuo, sin embargo no desde cómo perciben los adolescentes con riesgo suicida a sus familias es por ello que en la presente investigación se aborda a la familia evaluando el funcionamiento familiar en dos dimensiones, tal como son la cohesión y la adaptabilidad familiar.

4.2 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre funcionamiento familiar y riesgo suicida en el adolescente.

4.2.1 Objetivos específicos

Identificar el riesgo suicida en la población estudiada.

Evaluar el funcionamiento familiar de los adolescentes, en dos dimensiones: adaptabilidad y cohesión familiar.

Identificar la tipología familiar de cada participante y su relación con el riesgo suicida.

4.3 Hipótesis

El funcionamiento familiar en dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad están relacionados con el riesgo suicida.

El Funcionamiento familiar en dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad no están relacionadas con el riesgo suicida.

El funcionamiento familiar está relacionado de manera no determinante con el riesgo suicida.

En la siguiente tabla que a continuación se mostrará en la parte superior de la siguiente hoja, las variables empleadas en esta investigación, en donde se menciona la definición conceptual y definición operacional de las variables empleadas en el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO		
	Definición conceptual	Definición operacional
Cohesión	El vínculo emocional que entre ellos tienen los miembros de una familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia.	Sumatoria de los factores II y III del instrumento Faces. En donde el factor I está compuesto por los siguientes ítems: Ítem No. 7, No. 11 y No. 19. El contenido de estos ítems hace referencia a la importancia que tiene para la familia el sentirse unidos entre ellos, es por ello a este factor se le denomina con el término de unidad afectiva. Y el factor III que está compuesto por los ítems siguientes: Ítem No. 1, No. 3, No. 5, No. 6, No. 17, el contenido de estos cinco ítems hace referencia a la importancia que tiene la familia como apoyo y ámbito común, el que se le denomina compromiso familiar.
Adaptabilidad	La habilidad de un sistema conyugal o familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de la relación, en respuesta al estrés provocado por una situación concreta y determinada o por el desarrollo vital evolutivo de toda la familia.	Sumatoria de los factores IV, V y VI de la prueba. El factor IV está compuesto por los ítems No. 9, No. 15 y 16, factor que se le denomina Creatividad familiar. El factor V, está compuesto por los ítems No. 18, No. 20 factor que se denomina responsabilidad. El Factor IV está compuesto por los siguientes ítems, No. 8, No. 13, No. 14, factor que se le denomina Adaptación a los problemas.
Ideación suicida	Pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.	Sumatoria del 1 al 15 ítems de la prueba riesgo suicida de Pluchick.

Tabla No. 1 Variables de Estudio.

4.4 Tipo de estudio y población de estudio

4.4.1 Diseño

Se trata de una investigación de corte transversal, considerando que este es un procedimiento de investigación sin continuidad en el eje del tiempo, suele ser llamado estudio de prevalencia con el cual es posible estimar la prevalencia de la enfermedad, el cual constituye una muestra representativa de la población en un momento y lugar determinado, también se considera de tipo. Este estudio es de alcance descriptivo en donde se pretende medir y recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refieren, consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos. Con un enfoque cuantitativo en donde se usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. De alcance correlacional en donde se cuantifica relaciones entre variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, Fernández & Baptista, 2008).

4.4.2 Participantes

Muestra no probabilística de N= 350 adolescentes entre 18 a 23 años de edad, de ambos géneros. El 29.71% (104) de la población de estudio fueron hombres y el 70.29 % (246) mujeres.

Los porcentajes de residencia de Michoacán y Guanajuato de los participantes fueron, 62.9% (220) y 37.1% (130), respectivamente.

La muestra fue seleccionada en la población universitaria del municipio de Morelia Michoacán México y población universitaria en la población de León Guanajuato.

4.5 Procedimiento

La investigación se realizó en la ciudad de Morelia Michoacán y la ciudad de León Guanajuato, la muestra está compuesta por 350 participantes, alumnos universitarios de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), y la Universidad La Salle Bajío (ULSA) de edades comprendidas entre los 18 a 23 años de edad, de ambos géneros. Primeramente se pidió consentimiento a las autoridades de las universidades, posteriormente que autorizaron, se elaboró un consentimiento informado a cada participante de dicha investigación.

Cada participante firmó una carta de consentimiento informado, en el que se explica en qué consiste su participación y el acuerdo voluntario a participar en la investigación presente, previa a la aplicación de los instrumentos utilizados en esta investigación.

Se aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik (1989) el instrumento FACES III los cuales fueron auto aplicables con una duración de 2 horas por cada grupo descrito, ambos instrumentos, con datos generales en donde se agregaron espacios en blanco, se aplicó también una ficha de identificación que permitió conocer datos generales del adolescente, así como de sus familias de origen. Individuales y familiares, como escolaridad, ocupación.

La escala de riesgo suicida propuesta por Plutchik (1989) la cual nos permitió evaluar riesgo suicida, permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de suicidios.

También se aplicó el instrumento FACES III adaptación Gómez Clavelina (1999) el que nos permitió evaluar el tipo de familias al cual pertenecía cada participante, además de conocer la adaptabilidad y funcionamiento familiar de cada uno.

FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad

familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente.

Las 20 preguntas tuvieron un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) y se contestó en un promedio de 5 min. El cuestionario de FACES III lo contestó un miembro de la familia que reunió los criterios de inclusión y que voluntariamente deseó responder al mismo. Se aplicó de manera auto administrada dejando a las personas responder libre y abiertamente, sin que influyeran los encuestadores en las respuestas y conservando la neutralidad en caso de dudas o preguntas relacionadas con los ítems.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los Instrumentos que se utilizaron son: el instrumento de riesgo suicida propuesto por Plutchick (1989). Escala de riesgo suicida la cual es una escala para evaluar riesgo suicida, permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas. Consta de 15 ítems, a los que el individuo ha de responder “sí” o “no”, es un instrumento auto aplicable. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación auto lítica. Las cuestiones están relacionadas con intentos auto líticos previos, la intensidad de la ideación auto lítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.

El instrumento FACES III, una escala que evalúa el funcionamiento familiar en dos dimensiones: Cohesión y adaptabilidad propuesto por Olson, Portnier y Lavee (1985), versión al español y adaptado a la población mexicana por Gómez Clavelina FJ *et ál* (1999), el cual consta de 20 ítems, con una escala de respuesta de cinco puntos (1= nunca a 5= siempre), su confiabilidad indicó un coeficiente de Spearman-Brown de 0.971 en la segunda aplicación.

FACES III en su versión al español, contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El valor de alfa de Cronbach es de 0.70.

Así mismo se obtuvieron a través de una ficha de identificación, datos individuales como edad, género, ocupación, escolaridad, familiares número de hermanos, aspectos laborales.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 17.0, lo cual permitió obtener frecuencias, porcentajes, desviación estándar (medidas de tendencia central) y correlaciones entre las dimensiones del funcionamiento familiar cohesión y adaptabilidad con el riesgo suicida.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se utilizó el programa SSPS versión 17.0 (Statistic Package in Social Science) para realizar los análisis estadísticos de tipo correlacional y descriptivo. Se pretende encontrar la relación entre el funcionamiento familiar del adolescente y el intento suicida, con la finalidad de obtener los datos suficientes que permitan entender el contexto en el que vive el adolescente, así como identificar cuáles son los factores familiares que influyen en la toma de decisión del adolescente para intentar suicidarse.

En el presente estudio se utilizó un diseño cuantitativo transversal en donde participaron un total de N= 350 participantes adolescentes voluntarios, que acuden a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología de Michoacán y a la Universidad de la Salle Bajío, Guanajuato, Facultad de Administración, de ambos géneros, con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años ($\bar{x} = 19.60$, $ds = 1.21$, $Mo = 19$). Fueron excluidos los que no cumplieran con la edad de 18 a 23 años, basados en una ficha de identificación, que le fue aplicada a cada participante, antes de la aplicación de la prueba y el consentimiento informados previos para autorizar su participación en el estudio presente.

Tabla No. 2 Participantes en el Estudio de investigación presente.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18	64	18.29%
19	112	32.00%
20	64	18.29%
21	55	15.71%
22	35	10.00%
23	20	5.71%
TOTAL	350	100.00%

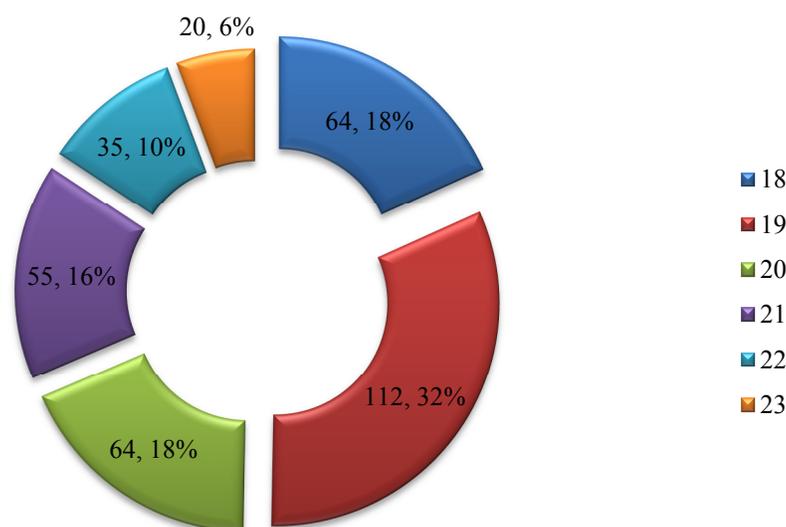


Fig. 6 Edades de los participantes.

En la figura 6 y tabla no. 2 se muestran las frecuencias y porcentajes de las edades de los participantes de la investigación, en donde se observa una mayor predominancia en la edad de 19 años con un porcentaje de 32.00 % de la población total.

A continuación los resultados que se obtuvieron en la escala de riesgo suicida se observan en la siguiente tabla, obteniendo la frecuencia y porcentajes del riesgo que existe en la población estudiada. En donde se representa el total de ítem, el número 0 representa que no respondieron ningún ítem de la prueba de riesgo suicida, lo que nos indica que no existe riesgo en esta población con un porcentaje de 20.30%, para cumplir el criterio de riesgo se tomó en cuenta que fueran respondidos 6 o más ítems para cumplir el criterio de riesgo en la población.

Tabla No. 3 Porcentajes y Frecuencias de la Escala de Riesgo, 350 participantes.

Ítem Contestado	Frecuencia	Porcentaje
1	28	8.00%
2	82	23.43%
3	75	21.43%
4	41	11.71%
5	56	16.00%
6	110	31.43%
7	63	18.00%
8	125	35.71%
9	46	13.14%
10	27	7.71%
11	51	14.57%
12	66	18.86%
13	70	20.00%
14	42	12.00%
15	16	4.57%

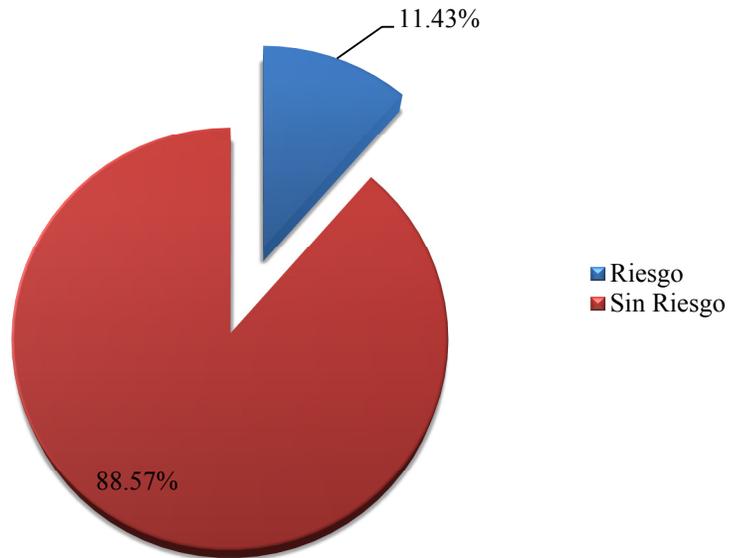


Fig. 7 Población de Riesgo de Adolescentes con Riesgo Suicida.

En la figura no. 7, se muestra los porcentajes de la población con riesgo suicida, en la presente investigación, un 11.43% de la población presenta riesgo suicida y un 88.57% de la población una población considerable no representa riesgo.

Tabla No. 4 Porcentaje de riesgo en los dos grupos de población participantes en la investigación.

ESTADO	POBLACIÓN	PORCENTAJE DE POBLACIÓN	POBLACION CON RIESGO	PORCENTAJE DE POBLACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO	PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON RIESGO	PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON RIESGO TOTAL
MICHOACAN	220	62.86%	26	11.82%	65.00%	7.43%
GUANAJUATO	130	37.14%	14	10.77%	35.00%	4.00%
TOTAL	350	100.00%	40		100.00%	11.43%

En la tabla No. 4, se observa los dos grupos participantes de Michoacán y Guanajuato, en donde existe mayor incidencia de riesgo en los participantes de Michoacán con un 7.68%.

Tabla No. 5 Población con y sin riesgo suicida por género.

	Riesgo	Sin Riesgo	Total	Porcentaje con Riesgo / Género	Porcentaje con Riesgo total
Masculino	13	91	104	12.50%	3.71%
Femenino	27	219	246	10.98%	7.72%
Total	40	310	350		11.43%

En la tabla No. 5, en relación al género con riesgo suicida, se muestra que existe mayor prevalencia en el género masculino de la población que presentó riesgo suicida de esta investigación.

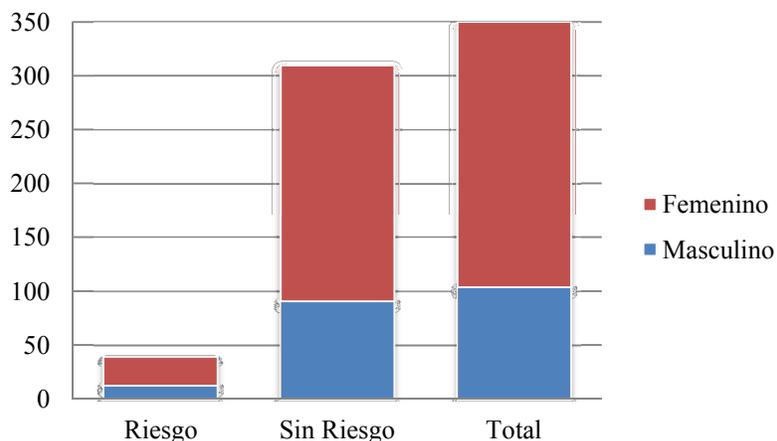


Fig. 8 Población con y sin riesgo suicida por género.

En la figura 8, se ve gráficamente lo mencionado anteriormente con el riesgo suicida en relación al género.

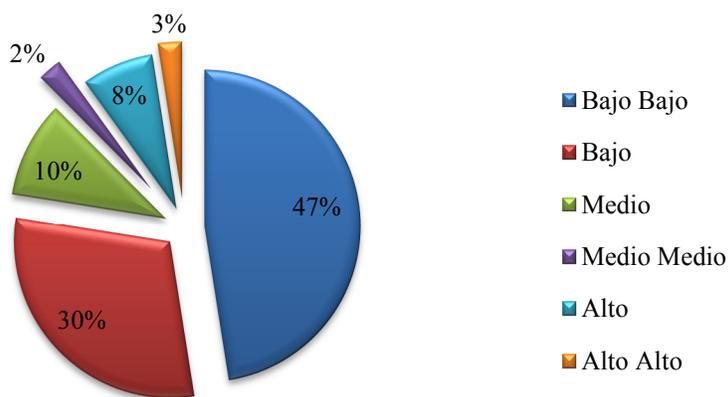


Fig. 9 Población Con Riesgo Suicida.

La figura 9, representa la población únicamente con riesgo suicida. Sumatoria de la prueba de riesgo suicida en horizontal. En donde bajo bajo representa las respuestas mayores a 6 ítems en la escala, en donde existe el riesgo suicida es más bajo de los 40 participantes con riesgo suicida. Caso contrario Alto alto en donde existe mayor riesgo. Representa el mayor número de respuestas contestadas, con lo que nos dice el mayor riesgo de suicidio en los participantes.

A continuación se mostrara algunos de los ítems que mayor puntuación obtuvieron en la escala de riesgo suicida.

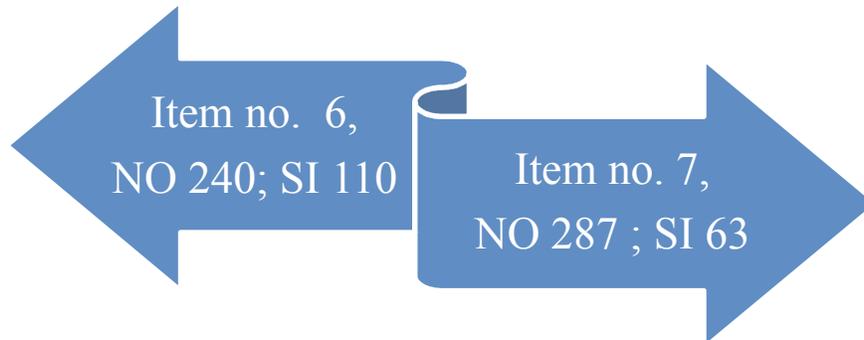


Fig. 10 Ítem No. 6 ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? &
Ítem 7 ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?

Frecuencias que se obtuvieron en uno ítems 6 y 7 y en donde se observa alta incidencia en el pensamiento de inservibilidad y falta de esperanza que algunos de los participantes perciben de sí mismos.

Otros de los ítems que mayor puntuación tuvieron en las respuestas fueron el ítem n. 8 y no. 9 que se refiere al fracaso o abandono y depresión respectivamente.



Fig. 11 Ítem No. 8 ¿Se ha sentido alguna vez fracasado a que solo quiere meterse en la cama y abandonarlo todo? & Ítem No. 9 ¿Está deprimido (a) ahora?

Frecuencias de respuestas en los ítems 8 y 9 en donde llama la atención la repetición de dichas respuestas, que pueden favorecer al riesgo suicida como son la depresión y estados de ánimo en la adolescencia.

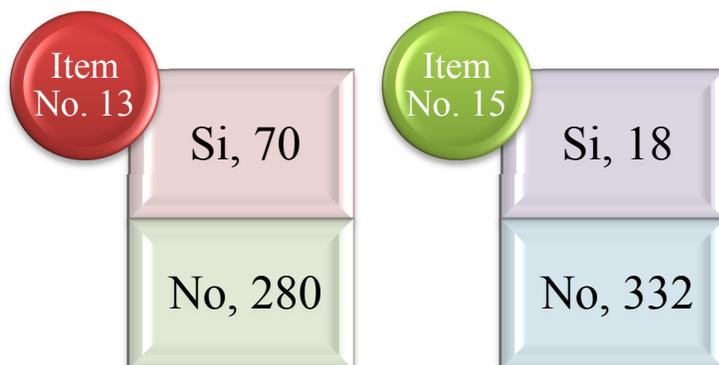


Fig. 12 Pensado e intentado suicidarse.

La figura 12, se observa el número de respuestas de los 350 participantes del Ítem No. 13 ¿Ha pensado en suicidarse alguna vez? & Ítem No. 15 ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? En donde existe un pico alto de riesgo en la población estudiada.

En relación a la cohesión y adaptabilidad familiar se encontró lo siguiente:

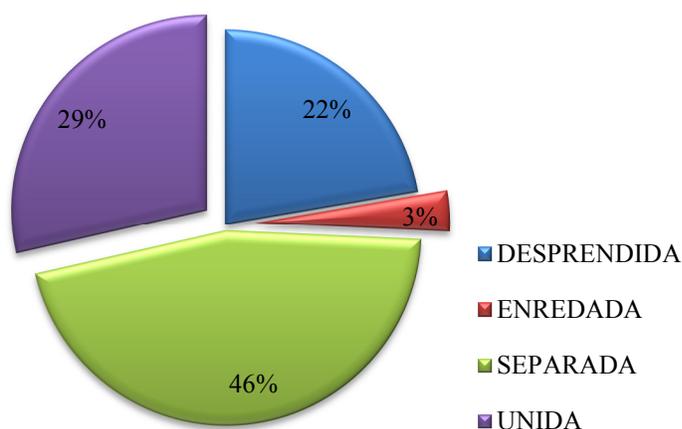


Fig. 13 Tipos de Familia, Cohesión.

En la figura 13, se representa el tipo de familia según el modelo circumplejo Olson, en donde el mayor porcentaje de familias que se encontraron en esta investigación fueron familias separadas con un 46% de la población, en donde existe primacía del yo con presencia del nosotros, moderada unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con algún sesgo hacia la independencia, otro porcentaje significativo de 29% fue la familia unida, en donde existe primacía del nosotros con presencia del yo, considerable unión afectiva entre los familiares, cierta lealtad, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con algún sesgo hacia la dependencia y familias desprendidas con el 22% en donde existe primacía del yo, ausencia de unión afectiva entre los familiares, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

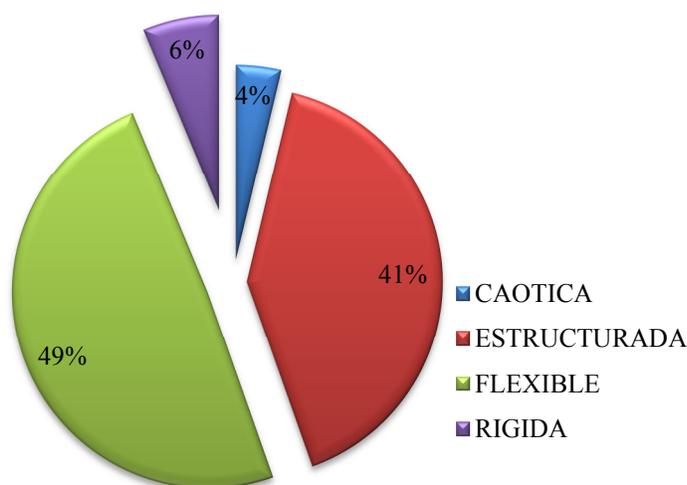


Fig. 14 Tipo de Familia, Adaptabilidad.

En la figura 14, se tiene la representación gráfica del tipo de familia según la adaptabilidad, en donde se obtuvo un mayor porcentaje en las familias flexibles con un 49% en donde existe un liderazgo, roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Un 41% se encontraron familias estructuradas en donde tienen un liderazgo a veces compartido, roles en ocasiones compartido, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan, el 6% corresponde a familias rígidas en donde el liderazgo es autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios, por último un 4% corresponde a familias caóticas en donde existe ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios.

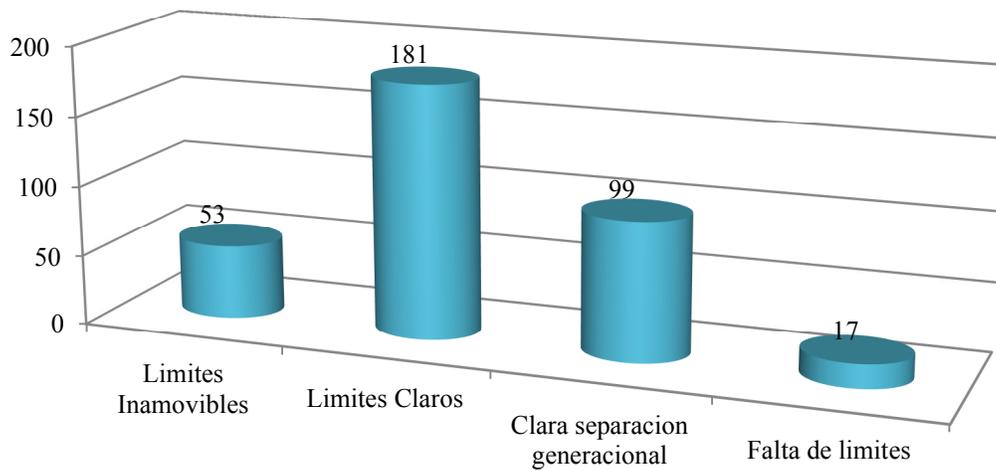


Fig. 15 Acerca de los Hijos, Límites.

Se observan los porcentajes acerca de los límites que es el factor número 1 que mide el instrumento FACES III (adaptado en México por Gómez Clavelina, 1999), en donde como mayor puntuación tenemos límites generacionales inamovibles (relación permeable), posteriormente una clara separación generacional con proximidad padres- hijos (relación permeable) y con un porcentaje de 5% se encontró falta de límites generacionales en donde existe una relación difusa.

PARTICIPANTES CON RIESGO SUICIDA Y TIPOS DE FAMILIA SEGÚN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD

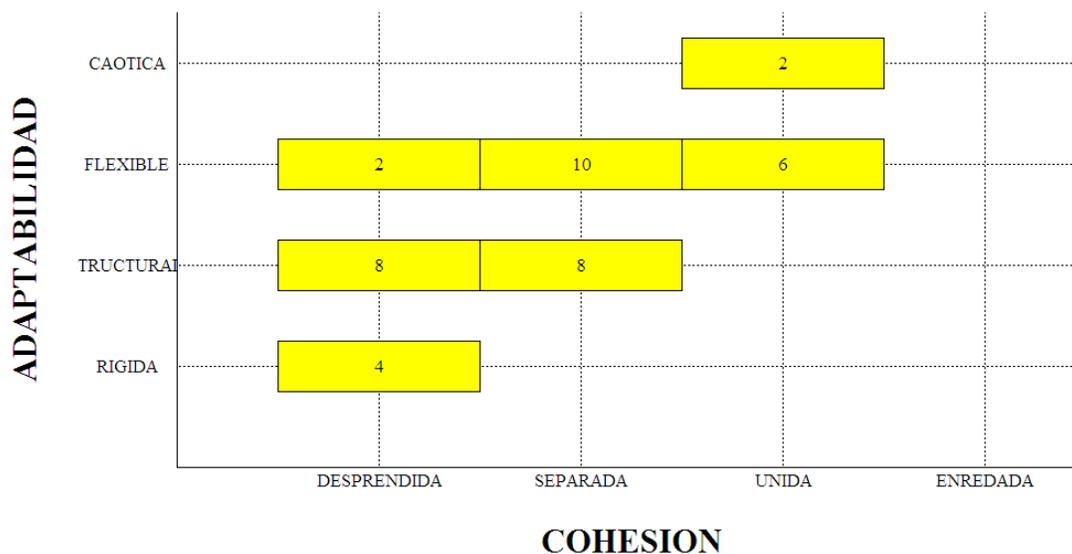


Fig. 16 Participantes con riesgo suicida y tipos de familia según la cohesión y adaptabilidad.

Las familias de los 40 adolescentes que presentaron riesgo suicida en donde se observa un predominio en cuanto a cohesión separada y adaptabilidad flexible, pudiendo observar también que el menor número de familias son caóticas y rígidas por lo tanto el porcentaje en este tipo de familias es menor en el estudio presente.

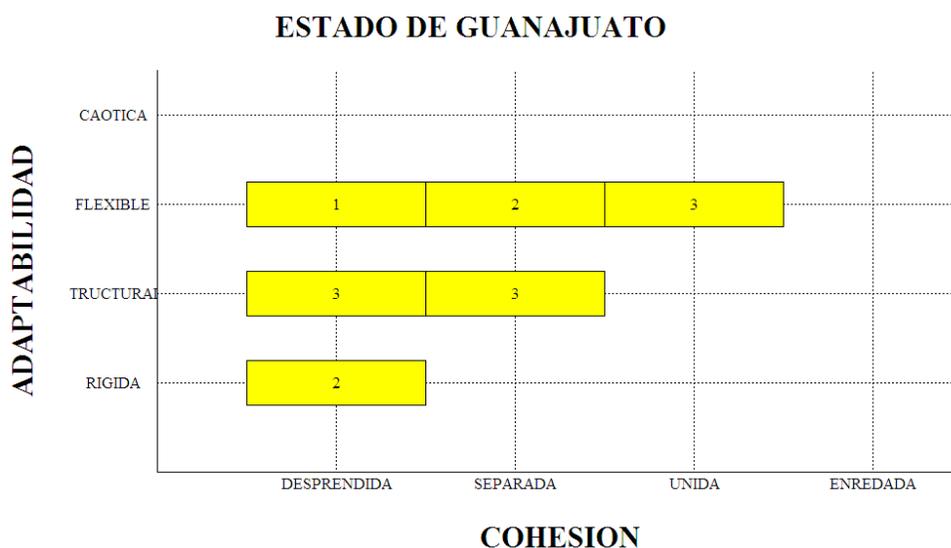


Fig. 17 Participantes con riesgo suicida y tipos de familia según la cohesión y adaptabilidad en estado de Guanajuato.

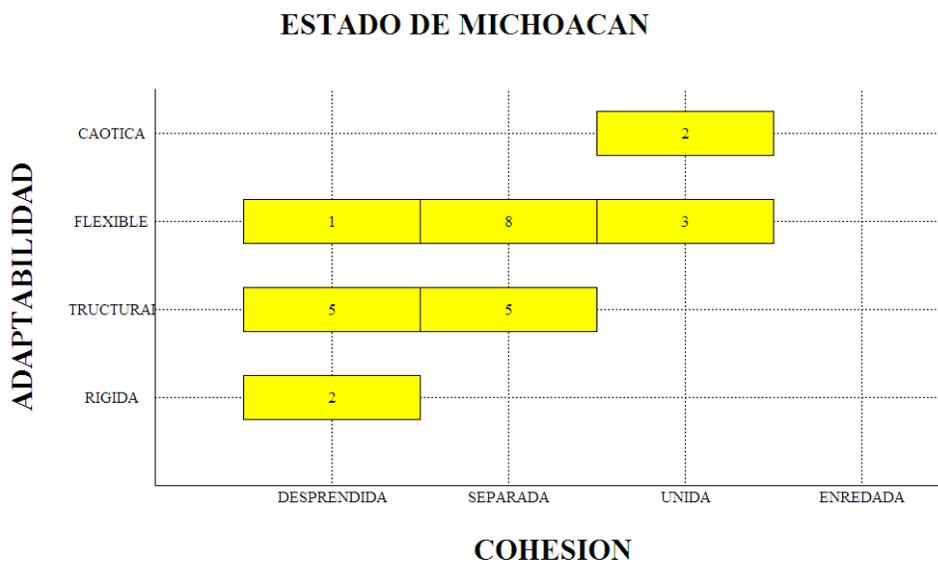


Fig. 18 Participantes con riesgo suicida y tipos de familia según la cohesión y adaptabilidad en estado de Michoacán.

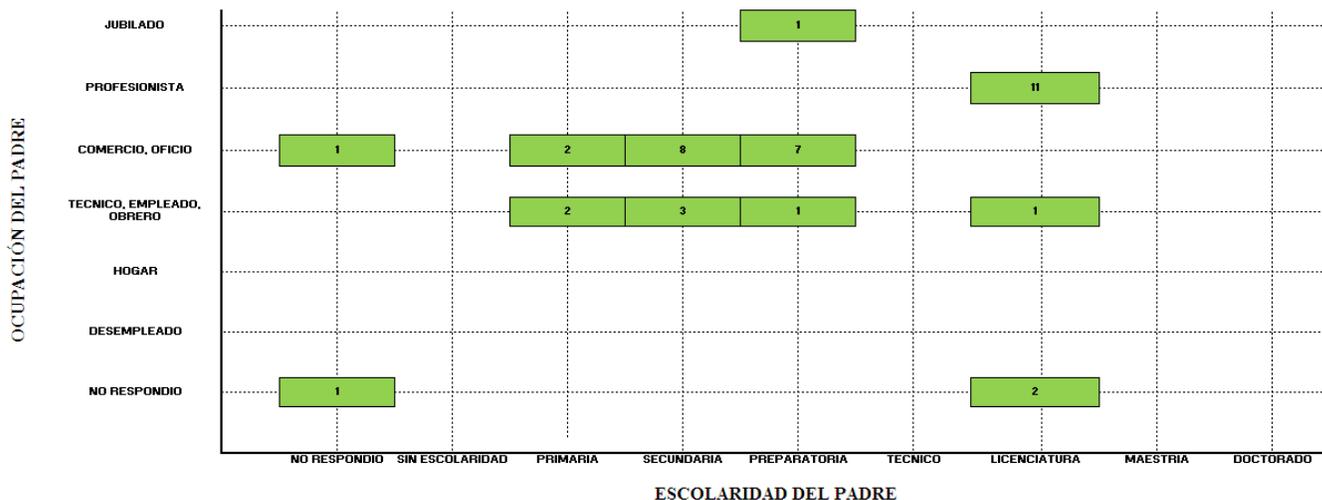


Fig. 19 Correlación Escolaridad Vs. Ocupación del Padre de los participantes que presentaron riesgo suicida, en donde predomina la ocupación de comercio en el padre y la licenciatura como predominante.

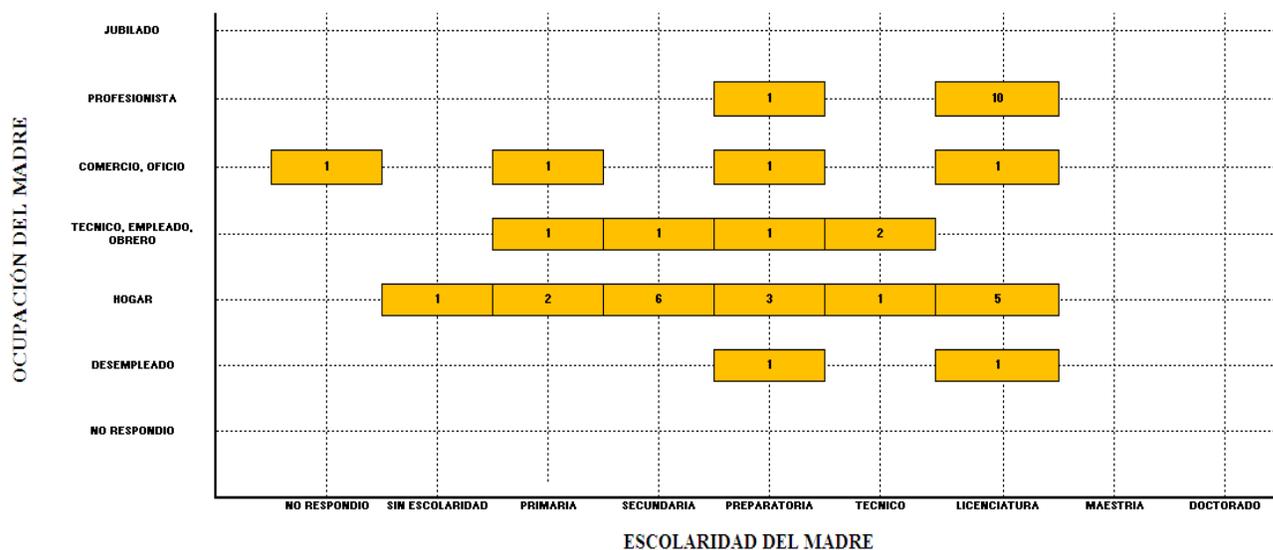


Fig. 20 Correlación Escolaridad Vs. Ocupación del Padre de los participantes con riesgo suicida.

En la figura 20, se muestra la escolaridad de la madre en donde predomina la licenciatura y en la ocupación hogar de acuerdo a las categorías.

En la siguiente figura, se realizó un análisis en cuanto a género hombres y mujeres en riesgo de Michoacán y Guanajuato y en cada uno se da a conocer datos que se obtuvieron en la ficha de identificación, que nos permite conocer la predominancia en cuanto a la escolaridad, ocupación, edades de los padres y número de hermanos.

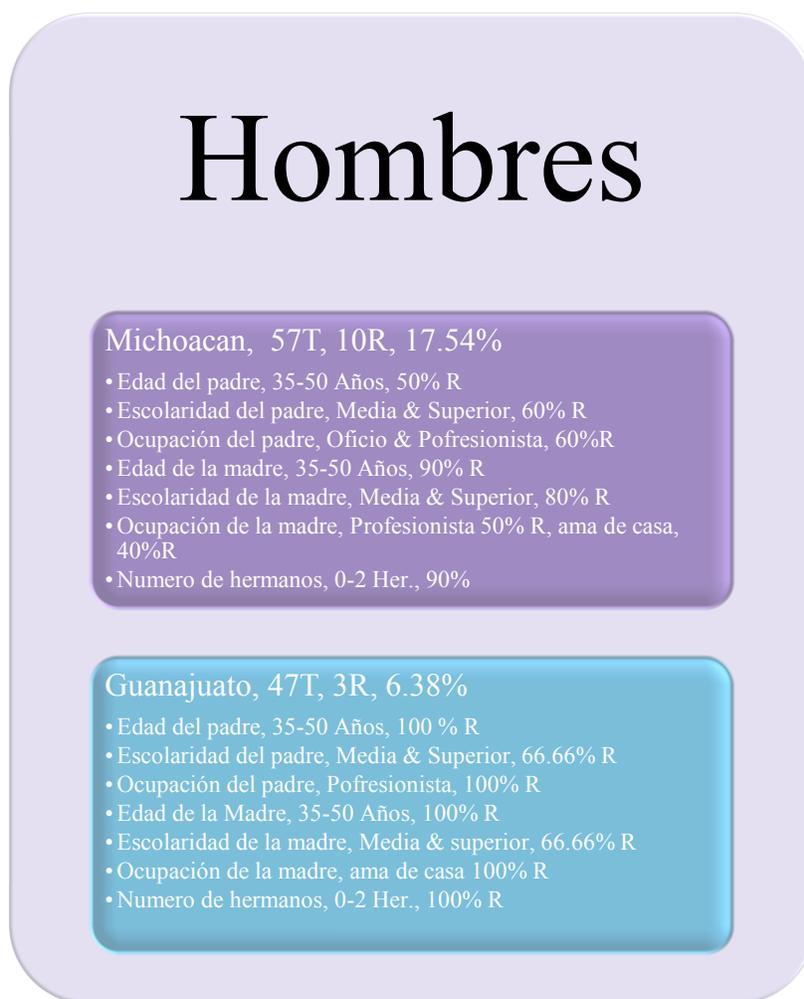


Fig. 21 Análisis de muestra masculina en riesgo.

Mujeres

Michoacan, 163 T, 16R, 9.82%

- Edad del padre, 35-50 Años, 68.75% R
- Escolaridad del padre, Media & superior, 50% R
- Ocupación del padre, oficio & profesionista, 68.75% R
- Edad de la madre, 35-50 Años, 81.25% R
- Escolaridad de la Madre, Media & Superior, 50% R
- Ocupación de la madre, ama de casa 50% R
- Numero de hermanos, 0-2 Her., 81.3% R

Guanajuato, 83T, 11R, 13.25%

- Edad del padre, 35-50 Años, 72.73% R
- Escolaridad del padre, Media & Superior, 63.63% R
- Ocupación del padre, Oficio & Profesinista, 81.81% R
- Edad de la madre, 35-50 Años, 72.72% R
- Escolaridad de la Madre, Media & Superior, 81.8% R
- Ocupación de la madre, ama de casa 27.27% R
- Numero de hermanos, 0-2 Her., 72.7% R

Fig. 22 Análisis de muestra femenina en riesgo.

En la figura 22, se observa los porcentajes de las familias de los participantes que presentaron riesgo divididos del género femenino y por estados, en donde se toman en cuenta variables como edad de los padres, escolaridad de los padres, ocupación y número de hermanos.

Tabla No. 6 Información adicional de los factores, creatividad familiar, responsabilidad familiar, adaptación a los problemas, unidad afectiva, compromiso familiar de los 40 participantes que presentaron riesgo.

FACTOR NO.	IV	CREATIVIDAD FAMILIAR	SEXO		CANTIDAD
			MASCULINO	FEMENINO	
PUNTUACION:		Descripción			
4-7		Negociaciones limitadas. Decisiones impuestas por los padres. Normas invariables y aplicadas estrictamente.	1	4	5
8-10		Negociaciones estructuradas. Decisiones tomadas por los padres. Pocos cambios de normas que aplican firmemente.	6	8	14
11-13		Negociaciones flexibles. Acuerdo sobre las decisiones. Algunos cambios de normas aplicadas de modo flexible.	5	12	17
14-15		Negociaciones inacabables y decisiones impulsivas. Frecuentes cambios de normas que tiene una aplicación inconsistente.	1	3	4
FACTOR NO.	V	RESPONSABILIDAD FAMILIAR	SEXO		CANTIDAD
PUNTUACION:		Descripción	MASCULINO	FEMENINO	
2-3		Repertorio de roles limitados. Roles impuestos por los padres.	2	12	14
4-5		Roles estables, pero pueden ser compartidos.	5	8	13
6-7		Roles compartidos y elaborados. Cambio fluido de roles.	3	3	6
8-10		Falta de claridad en los roles, alteración y cambios frecuentes.	3	4	7
FACTOR NO.	VI	ADAPTACIÓN A LOS PROBLEMAS	SEXO		CANTIDAD
PUNTUACION:		Descripción	MASCULINO	FEMENINO	
3-5		Liderazgo autoritario. Padres autoritarios, disciplina rígida y no permisiva.	0	1	1
6-6		Liderazgo primeramente autoritario, pero con ciertos rasgos de igualdad. Disciplina en ocasiones democrática y de consecuencias predecibles, aunque rara vez permisiva.	2	1	3
9-11		Liderazgo igualitario con cambios fluidos. La disciplina es normalmente democrática y de consecuencias negociadas, y a veces, permisiva.	8	22	30
12-15		Liderazgo limitado y/o errático. Control paterno rechazado o infructuoso. Disciplina algunas veces democrática de consecuencias inconsistentes y muy permisiva.	3	3	6
FACTOR NO.	II	UNIDAD AFECTIVA	SEXO		CANTIDAD
PUNTUACION:		Descripción	MASCULINO	FEMENINO	
3-11		Separación emocional extrema. Ausencia de fidelidad familiar.	9	12	21
12-13		Separación emocional; acercamiento limitado. Fidelidad familiar ocasional.	4	11	15
14-15		Proximidad emocional. Alguno separación. Se espera la fidelidad familiar.	0	4	4
FACTOR NO.	III	COMPROMISO FAMILIAR	SEXO		CANTIDAD
PUNTUACION:		Descripción	MASCULINO	FEMENINO	
5-14		Compromiso e interacción familiar muy baja. Sensibilidad afectiva infrecuente.	2	6	8
15-17		Compromiso aceptable, aunque se prefiere la distancia personal. Hay cierta sensibilidad afectiva.	3	11	14
18-20		Compromiso personal tan enfatizado como permite la distancia. Se alientan y prefieren las interacciones afectivas.	5	8	13
21-25		Compromiso muy alto. Fusión y sobre dependencia. Gran interés y control afectivo.	2	3	5

A continuación la interpretación de factores de los 40 adolescentes que presentaron riesgo suicida del estado de Michoacán y Guanajuato.

En cuanto a la unidad afectiva el pico más alto que se encontró que existe una separación emocional extrema, en donde existe una ausencia de fidelidad familiar.

Factor III que se refiere al compromiso familiar se encontró un compromiso aceptable, aunque se prefiere la distancia personal. Hay cierta sensibilidad afectiva.

Factor IV se refiere a la creatividad familiar en donde existen negociaciones flexibles. Acuerdo sobre las decisiones, algunos cambios de normas aplicadas de modo flexible.

Factor V. Responsabilidad familiar, repertorio de roles limitado. Roles impuestos por los padres.

Factor VI. Adaptación a los problemas, liderazgo primariamente autoritario, pero con ciertos rasgos de igualdad, disciplina en ocasiones democrática y de consecuencias predecibles, aunque rara vez permisiva.

Tabla No. 7 Correlaciones de cohesión & adaptabilidad.

CORRELACIONES		Cohesión	Adaptabilidad
Cohesión	Correlación Pearson	1	0.531 **
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	350	350
Adaptabilidad	Correlación Pearson	0.531 **	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	350	350

** Correlación es significativa al nivel 0.01 (2-tailed)

A mayor cohesión menor riesgo suicida.

Tabla No. 8 Correlación de adaptabilidad & riesgo suicida.

CORRELACIONES		Adaptabilidad	Riesgo Suicida
Adaptabilidad	Correlación Pearson	1	-0.100
	Sig. (2-tailed)		0.61
	N	350	350
Riesgo Suicida	Correlación Pearson	-0.100	1
	Sig. (2-tailed)	0.061	
	N	350	350

Tabla No. 9 Correlación de cohesión & riesgo suicida.

CORRELACIONES		Cohesión	Riesgo Suicida
Cohesión	Correlación Pearson		-0.199**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	350	350
Riesgo Suicida	Correlación Pearson	-0.199**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	350	350

** Correlación es significativa al nivel 0.01 (2-tailed)

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El suicidio en el adolescente es un tema complejo, ya que inciden en él dos aspectos difíciles de manejar: el suicidio y la adolescencia. La adolescencia una etapa crítica y trascendental en la vida del ser humano debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Aunque no siempre es así, generalmente dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. En ocasiones los adolescentes al no ser capaces de afrontar tales sentimientos, pueden ser presa fácil de las conductas de riesgo, como son el consumo de drogas y el suicidio.

La desesperanza, comprendida como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, va generando impotencia y culpa que conduce al abandono de la lucha por la vida. La sabiduría popular dice que un individuo sin esperanza ya está vencido por la muerte. Muchos pacientes son capaces de soportar elevados niveles de dolor psicológicos, si esperan algo importante en el futuro, pero los suicidas potenciales más graves son los que abrigan sentimientos de impotencia y desesperanza, agotamiento, culpa y fracaso, y la sensación de "ya no puedo más", lo cual resulta una combinación, en el sujeto, de agitación y confusión facilitadora del acto de autodestrucción (Beck, Brown & Steer, 1989).

Los individuos con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente que, en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza.

Se ha relacionado la «triada negativa» de la depresión con el suicidio, basado en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra dentro del proceso suicida y este adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo (Beck, Brown & Steer, 1989)

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida, sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida adultos jóvenes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol o drogas, o de ambos. Es importante saber cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven (Pavez, Santander & Carranza, 2009).

El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, puesto que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción (Miro, 2005).

Cuando una persona ha perdido el control de sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad para realizar un intento suicida aumenta significativamente sobre todo en un ambiente de hostilidad. Son síntomas emocionales (ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente importantes que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad, problemas laborales, de pareja o de salud, y enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia (Nápoles, et al., 1998).

En el estudio de Harris y Barraclough, 10 refieren un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general. Se piensa que la gravedad del factor no siempre predice la entidad. Se trata de una variable compleja en la que se combinan intensidad, cantidad, duración o contexto personal en la que se presenta el factor.

El factor de riesgo ausencia de apoyo social y familiar es más probable en la conducta suicida. Esto puede estar dado por 2 mecanismos: en primer lugar, puede reflejar la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo social en que se desenvuelve; y en segundo lugar, con su aislamiento reduce las posibilidades de recibir

apoyo y evitar la conducta suicida como solución. Debe tenerse en cuenta que el suicida necesita apoyo social de tipo emocional valorativo. El contacto humano posibilita amortiguar la tensión y tristeza, y aumenta el sentimiento de solidaridad (Miro, 2005).

La existencia de antecedentes personales de intentos suicida en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, 10 encuentran que las personas con intentos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general. Isometsä, 11 sin embargo, lo considera un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, puesto que una proporción significativa de los suicidios consumados en su estudio, habían muerto en su primer intento, con una proporción mayor en los hombres (62 %). De aquellos que realizaron intentos previos y que finalmente consumaron el suicidio, 82 % cambió el método a otro más letal.

La hostilidad aparece como expresión de un aprendizaje incorrecto ante el manejo de la agresión recibida, y es un fallo en la adaptación del individuo que se origina cuando no se le da una respuesta satisfactoria, desde la percepción del sujeto, y este continúa lamentándose del daño percibido, y amplía su significado emocional y lo prolonga en el tiempo (Nápoles, et al., 1998).

Con lo mencionado anteriormente, se puede decir que los factores de riesgo: desesperanza, culpa, depresión mayor, impulsividad, hostilidad, falta de apoyo familiar o social, o ambos, y un previo intento suicida, tuvieron asociación causal con la aparición de la conducta suicida, lo que corresponde al estudio realizado, en donde la familia es solamente un factor de las múltiples causas que existe en el riesgo suicida.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio pueden resumirse en los siguientes puntos:

En la investigación presente, se encontró que 11.43 % de la población total presenta riesgo suicida, en donde las edades de 19 a 21 años, se repitieron con mayor frecuencia, edad que corresponde a la etapa de adolescencia tardía.

Los tipos de familias con mayor incidencia en la población estudiada con riesgo suicida en relación a la cohesión fueron las familias separadas, en donde tuvieron una frecuencia de 20 con un valor de 50%. Respecto a la adaptabilidad, se encontró que las familias flexibles y estructuradas tuvieron la misma frecuencia de 17 que corresponde al 42.5%.

La población estudiada no cumplió con la totalidad de los ítems que determinan el riesgo suicida; sin embargo el 20% de esta población resulta significativo la representatividad de la respuesta del ítem 13 ¿Ha pensado suicidarse alguna vez? Así como El ítem 15, ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?, fue significativo con valor el 5.14%. Lo que hace pensar que la ideación suicida existe de forma latente en los participantes de la investigación realizada.

Respecto a la población estudiada de ambos estados, se encontró en cuanto al género masculino de Michoacán, existe mayor riesgo suicida, a diferencia de la población de Guanajuato, en donde el género femenino existe un índice de riesgo mayor.

En relación a la edad de los padres de los participantes con riesgo de ambos estados y géneros, se encontraron en un rango entre 35 y 50 años, siendo la escolaridad de los primeros educación media y superior; así como teniendo como un máximo 3 hijos, incluyéndose al participante.

El análisis global en cuanto a la tipología familiar demuestra que el pico más alto, pertenece a las familias flexibles y separadas, según la escala de Evaluación familiar, teniendo va-

lores de 49% y 46%, respectivamente. En donde, resultó poco significativa, la participación familiar, lo que hace pensar en la probabilidad de existencia de factores individuales, sociales, económicos y biológicos (neurotransmisores implicados) en el riesgo suicida, casos de depresión como posibles causas.

El suicidio es el resultado de la confluencia de un sin número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico de conductas suicidas que van desde la simple ideación, hasta el suicidio consumado. Las variables que influyen en el origen de la conducta suicida son diversas, tales como las de índole genético, biológico; además de las variables socio demográficas, psiquiátricas y psicosociales.

En la forma de explicar los resultados de esta investigación es que muy probablemente se deba no solo a una perspectiva puramente sociológica o psicológica parece explicar adecuadamente las causas del suicidio. Es probable que estén implicados otros factores, por ejemplo, en forma consistente con la evidencia fuerte de que los neurotransmisores químicos están asociados con la depresión y la manía; así como la depresión, estando relacionada con la bioquímica, en el cual se ha encontrado que el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones se desintegra en el cuerpo. Existe a evidencia de que los receptores de serotonina en el tallo cerebral y en la corteza frontal pueden estar deteriorados (Campo, et al., 2003).

En general los hallazgos del presente estudio con lo establecido en la literatura e investigaciones sobre el tema, se corroboró que la existencia multifactorial de causas (depresión, ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas, el antecedente de un intento suicida, la pérdida de un ser querido por suicidio, las pérdidas afectivas importantes, los problemas intrafamiliares, entre otros) llevan a un ser humano a tomar la decisión de suicidarse.

El aprendizaje de este estudio, me condujo a la conclusión como terapeuta que es de vital importancia el entrenamiento en esta área por los índices alarmantes de suicidio en la actualidad, siendo un evento que puede ser previsto, trabajando con ideas, pensamientos, mitos, pautas transgeneracionales, conductas de riesgo, entre otros; involucrando a la familia como una red social de apoyo, siendo este el contacto con la sociedad de la misma manera a la participación médica al igual que las instituciones educativas para reducir los índices de suicidio.

SUGERENCIAS

- Trabajar con los participantes y familias de los que presentaron riesgo suicida en la presente investigación.
- Un trabajo interdisciplinario con los 40 casos que presentaron riesgo desde diversos abordajes.
- Detectar factores de riesgo en los adolescentes en etapas tempranas del desarrollo.
- Entrenamiento de los padres, con elaboración de talleres, conferencias para el abordaje del suicidio y cómo prevenirlo.
- Conocimiento de las instituciones escolares de cómo detectar el riesgo en los alumnos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aberastury, (2002). *El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Andolfi, M. (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós.

Annette L. Beautrais A. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people en Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34:420–436.

Alvarado, R. (1993) Factores psicosociales y ambientales en la determinación del estado de salud mental de la población. En: D. Asún (Ed.) *Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile*, 65-83, Santiago, Universidad Diego Portales.

Ares, P. (2002). *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Félix Varela.

Arranz, E. (1980). *Psicología de las relaciones fraternas*. Buenos Aires: Herder.

Artaes Nápoles L, Hernández Sori G, Alvares Concepción D, Cañizares García T., (1981). *Conducta suicida. Factores de riesgo asociados*. Rev. Cubana Med Gen Integr; 14(2):122-6.

Arthel, David. (1978). *Los suicidas de Guyana*. México: Posadas.

Astelarra, J. Izquierdo (1982) *Familia y Estado: una relación a examen*, en Papers, Revista de Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona, N. 18, pp. 9-17.

Barnes, A. Larsen, M. Muxen, W. Wilson (Eds), *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across the Family Life Cycle* (33-48). St. Paul: University of Minnesota Press.

Barther, D. (1978). *Los suicidas de Guyana*. México.

Beck AT, Brown G, Steer R., (1989). *Prediction of eventual suicide in psychiatric in patients by clinical ratings of hopelessness*. J Consult Clin Psychol. 57 (2):309-10.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G., (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beck, A., (1975). *Classification of suicidal behavior*, Amer. Psychiatryque.

Belsky J., (1996). *Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones*, Barcelona: Masson.

Bernhardt Stephen L., (2003). *Los pensamientos suicidas: que son y cómo luchar contra ellos*. En www.suicidio.org.2003.

Beth S. Brodsky, John Mann, Barbara Stanley, Adrienne Tin, Maria Oquendo, Boris Birmaher, Laurence Greenhill, David Kolko, Jamie Zelazny, Ainsley Keller Burke, Nadine Melhem, and David Brent. (2008) *Familial Transmission of Suicidal Behavior: Factors Mediating the Relationship between Childhood Abuse and Offspring Suicide Attempts J. Clin Psychiatry* 2008; 69:584-596.

Bleuler, E., (1955). *Dementia praecox of group of Schizophrenias*. New York: International Universites Press.

Blos, P., (1986). *La transición del adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu.

Blumenthal SJ, Kupfer DJ.(1990). *Suicide over life cycle*. Risk factors, assessment, and

Borges G., Rosovsky H., Caballero M. A., Gómez C., (1994) *La evolución reciente del suicidio en México 1970-1991*. Anales, Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:15-21.

Borges G., Rosovsky H., Gómez & Gutiérrez, R. (1996). *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994*. Salud pública de México, 38:197-206.

Borges, G., Saltijeral, M.T., Bimbela, A. & Mondragón L. (2000). *Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital*. Arch Med Research, 31, 366-372.

Breed, W., (1963). *Occupational mobility and suicide among white males*, Journal Amer., Soc.

Brent, D. (1995). *Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress*”, *Suicide & life-Threatening Behavior*. New York: Brouwer.

Burin, M., & Meler, I. (1998). *Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Cantor, P. C., (1999). “*Personality Characteristic found among Youthful Female Suicide Attempters*”. Journal of Abnormal Psychology, 85:324-329.

Cardona A. M., Hernández H. F., (2007). *Consumo de alcohol y otros psicoactivos en estudiantes universitarios y su relación con aspectos de la calidad de vida y factores psicosociales*, Medellín 2003-2004. [Trabajo de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2007.

Castillo, (1988). *La dinámica de la relación entre hermanos*. Tesis para obtener el grado de maestría en psicoterapia psicoanalítica individual. México.

Casullo, M. (1998). *Adolescentes en Riesgo*. Identificación y Orientación. México. Paidós.

Chagoya, L., (2004). *Dinámica familiar funcional y disfuncional*. En Enrique Dulato (ed). *La familia, un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. México: Academia Mexicana de pediatría A.C. / ETM.

Clark, E. T., (1965). *Culturally disadvantaged boy's and girl's aspiration to and knowledge of white collar and professional occupations*. *Urban Education*, vol. 1 P. 164'174. USA.

Clemente, Miguel, González & Andrés, (1996). *Suicidio: una alternativa social*. Madrid. Biblioteca Nueva.

Conger, J., (1980). *Adolescencia*. Generación presionada. México: Harla.

Corral, M. A., & Perinat, I. A. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI: Un enfoque psico-social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Cuba. Ministerio de Salud Pública (2002) *Situación de salud de Cuba*. Indicadores básicos 2001. Ciudad de La Habana: MINSA.

Cuesta D de la, Pérez E, Louro I. (1996). *Un instrumento de evaluación familiar para el médico de la familia*. *Rev. Cubana Med Gen Integr*; 12(1):24-32.

Díaz L, Freyre J, Cuevas G, Cabello H. (2008). *“Evaluación del riesgo suicida en Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital Psiquiátrico”* en *Psiquis* Volúmen

17, Núm. 5. Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, A.C. y Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson: Barcelona

Durkheim, E., (1965). *El Suicidio*. Buenos Aires: Schapire,

Durkheim, E (1897-1997): Seminario de fundamentos clásicos de la sociología: Programa de doctorado de sociología avanzada. (1999). Ceñal González-Fierro MJ. Patrones normales de crecimiento y desarrollo físico. La Pubertad. En: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2012. p. 35-42.

Eguiluz I., Segarra R., (2007). *Introducción a la Psicopatología*. Ars Médica. México.

Eguiluz, L., Córdova, M. H., & Rosales, J. C. (2010). *Ante el suicidio: Su comprensión y tratamiento*. México: Pax México.

Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E., (1994). *Psicodiagnóstico Clínico*. México: Manal Moderno.

Estrada, L., (2004). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

Ferrari, M; Kolostian, S., (1984). *A importancia da familia*. En: Familia Brasileira. Sao Paulo: Cortez; pp. 11-15.

Freud S., (1981). *Esquema del psicoanálisis*. Madrid. Alianza.

García M. E. & Tapia A., (1990). *Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el período 1979-1988*. Salud Mental, 13(4), 29-34.

García, G., Medina-Mora. & Sánchez, (2006). *Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios*. Salud Mental, 21(3), 1-9.

García, J. *Estudio de las características del suicidio en Guadalajara en el periodo 1976-1978*, Salud Pública de México, México.

García, J., (1981). *Estudio de las características del suicidio en Guadalajara*. Salud Pública de México. México.

Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce- Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, et al. *Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)*. Arch Med Fam 1999;1(3):73-79.

González, F. C., Berenzon, G. S., Tello-Granados, A. M., Facio, F. D., & Medina, M. I. M. E. (January 01, 1998). *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. Salud Pública De México (México), 40, 5, 1998.

González Forteza, C., Berenzon G., Tello G., Flores F., & Médina M., (1998). *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*, Salud pública de México, 39pp. 565-572.

González Núñez J. J, Nahoul, V., (2001). *Momentos vulnerables en la adolescencia*. Conferencia presentada en el XVIII Congreso de la FEMESAM. México, D.F.

González Núñez J. J., (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual moderno.

González Padilla, A., (2002). *Sintonía y distonía afectiva del adolescente*. Aletheia Núm. 21. México: IIPCS.

González, F. C., (2006). *Aspectos psicosociales del suicidio en la adolescentes mexicanos*. *Psicopatología*, 15 (4), 128-161.

González, J. J., (2004). *Relaciones Interpersonales*. México-Colombia: Manual Moderno.

González-Forteza C., Ramos L., Mariño M. C., Pérez E., (2001). *Vidas en Riesgo: Conducta suicida en adolescentes*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Buenos Aires, Argentina.

Goodwin F.K., Jamison K. R., (1999). *Manic depressive illness*. New York: Oxford Press: 44, 135-230.

Greenberg, D., (1963). *Depresión y suicidio en adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

Guibert R. W., Del Cueto E., (2003). *Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida*. Rev. Cubana Med Gen Integr.

Guibert R. W., Torres M. N., (2001). *Intento suicida y funcionamiento familiar*. Rev. Cubana de Gen Integr.

Guibert W., (2000) *El Suicidio. Análisis y enfrentamiento*. La Habana: Nuevo Milenio

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

Harris E. C., Barraclough B., (2003). *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. Br. J. Psychiatry; 170:205-28.

Herrera P. M., (1997). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Rev Cubana Med Gen Integr 13(6):591-5.

Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hijar M., Rascón R., Blanco J., y López M. V., (1996). *Los suicidios en México*. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Mental 19(4), 14-21.

Horwitz N., Florenzano R., Ringeling I., *Familia y salud familiar*. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985; 98 (2):144-55.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2002). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, cuaderno No. 8. México

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2007). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Dirección General de Estadística; Estadísticas sociales. México.

Isometsä E. T., (2001). *Psychological autopsy studies-a review*. Eur Psychiatry; 16(7):379-85.

Jiménez, J. (2004). Causas que llevan al suicidio y síntomas. Disponible en www.rjimenez.psicojuridica.freeservers.com/sui.htm

Koplin B, Gateen J. (2002). *Suicidality in children and adolescent a review*. Current opinion in pediatrics. ; 14(6): 713-717.

Krassoievitch, M., (1993). *Demencia presenil y senil*, Salvat. México.

Lalueza, J. L., & Crespo, I., (2003). *Adolescencia y relaciones familiares*. En A. Perinat A.

Laufer, M. (1999). *El adolescente suicida*: España. Nueva biblioteca

Laufer, M., Bellman, D. B., & Brent Adolescent Centre/Centre for Research into Adolescent Breakdown. (1998). *El Adolescente suicida*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lepp, I., (1991). *Psicoanálisis de la Amistad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Carlos Lohlé.

Leyva J. R., Hernández J. A., Nava J. G., López G. V., (2007). *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar*. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc; 45(3): 225-232

López Larrosa, S., (2002). “*El FACES II en la Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar*” en *Psicothema* 14,159-166. España.

López M. A., Núñez R., Díaz A., (2010). *Prevalencia de ideación suicida y su correlación con los niveles de desesperanza en una muestra de escolares de una primaria pública federal de la ciudad de México*, en *Psiquis* Volumen 19, Núm. 1. Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, A.C. y Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Mahler, M., (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Argentina: Marymar.

Maldonado & Saucedo. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. México: OPS.

Maldonado JM, Saucedo (2003). *La adolescencia: oportunidades, retos y la familia*: En Saucedo JM Maldonado JM, editores. *La familia: su dinámica y tratamiento*. Washinton DC.

Marchiori, H., (1998). *El suicidio: Enfoque criminológico*. México: Porrúa.

Medina, M (2004). Características de la ideación suicida. Disponible en www.redsistemica.com.ar/suicida.htm

Mesa, P., (1994). *El suicidio en la vejez, en: Envejecimiento y psicología de la salud*. Cap. 14. Madrid.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Minuchin, S., (1987). *Técnicas de terapia familiar: grupos e instituciones*. México: Paidós.

Miro E. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson, 2005:675-84.

Misitu, G., Buelga, S., & Cava, M., (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Masson.

Morris, C., (1992). *Psicología*. Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall.

Muñoz, J., Pinto, M., Catalla, H., Napa, N., Perales, A. (2005). *Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años*, Lima.

Musitu G., Lila M. S., (1993). *Autoconcepto y Comunicación Familiar: un Análisis de sus Interrelaciones*. Madrid: AEOEP. España.

Nadine M. Melhem, David A. Brent, M.Sc.; Melissa Ziegler, Satish Iyengar, David Kolko, Maria Oquendo, Boris Birmaher, Ainsley Burke, Jamie Zelazny, Barbara Stanley, J. John Mann. (2007). *Familial Pathways to Early – Onset Suicidal Behavior Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior*. *Am J. Psychiatry* 2007; 164: 1364-1370.

Neistein LS (2009) *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5ª Edition. Philadelphia.

Núñez Garez N., Olivera Plaza S., (2008). *Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio*. Pensm Psicol 10(4):85-100.

Núñez, J., (2001). *La adolescencia*. Boletín de la Unidad de Servicios sociales de la secretaria de relaciones Exteriores. Núm. 7. Marzo de 1999, año 11. pp. 14-18. México.

Olson, D. H. & Wilson, M., (1982). *Family satisfaction*. En D. H. Olson, H. McCubbin, H.

Olson, D.H., Russell & Sprenkle, (1983). *Circumplex model of marital and family system I: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications*. *Family Process*, 14, 1-35.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Mental Health: New understandig*. Recuperado en agosto 2006.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Mental Healt: New understandig*. Receperado en agosto 2008.

Organización Mundial de la Salud. *WHO Report on Mental Health 2006*. Geneva: WHO Office of Publications; 2007.

Papalia, D. & Wendkos, S., (1992). *Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.

Pávez Pa, Santander N, Carrazana J., (2009). *Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastornos depresivos*. Rev Med Chil; 137(2):226-33.

Pérez Martínez V. T., Lorenzo Parra Z., (2004). *Repercusión familiar del comportamiento suicida*. Rev. Cubana Med Gen Integr.

Pfeffer, C., (1991). *Attempted suicide in children and adolescents: Causes and management*.

Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S (1989). *Correlates of Suicide and Violence Risk I: The Suicide Risk Measure*. *Comprehensive Psychiatry* ; 30(4): 296-302.

Polaino, L. & Martínez, P., (1998). *Evaluación psicológica y psicopatología de la familia*: España: RIALP. Psicológica. México: Paidós.

Quintanar, (2007). *Comportamiento suicida*. México: Pax.

Reca, T., (1979). *Psicoterapia de la psicosis en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Rice, P (2000). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall.

Robert F. Anda, Vincent J. Felitti; et al., (2010). “*Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study*”, *JAMA*. American Medical Association. EE.UU.

Rodríguez F., Vázquez J.L., (1997). *Psiquiatría social y comunitaria I*. Madrid: ICEPSS, Desviat M, eds.: 719-40.

Rodríguez, A., (2001). *Autopsia psicológica: una herramienta útil para el peritazgo psicológico*. www.psicologiajuridica.org. 2001.

Rodríguez, M., (1963). *El suicidio en México*. México: CANOPO.

Rodríguez, M., (1994). *La vivencia grupal en la adolescencia*. En A. Aguirre Batzán (Ed.). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Marcombo.

Ros, M. S., (1998). *La Conducta Suicida*. Madrid, ARAN Edición

Russinoff I., Clark M., (2004). “*Suicidal Patients: Assessing and Managing Patients Presenting with Suicidal Attempts or Ideation*” en *Emergency Medicine Practice*.

Salud (1990). *Encuesta Nacional de adicciones: Drogas. México*: Dirección general de Epidemiología, Instituto Mexicano de psiquiatría.

Satir, V. (2004). *Ejercicios para la comunicación humana*. México, D.F: Editorial Pax México.

Sátir, V (2004).*La familia*. México: Pax.

Sauza, M., (1984). *Alcoholismo, conceptos básicos*. México: Manual moderno.

Sager J. Clifford. (1971) *the Marriage Contract*. Familia process, Vol. 10 núm 3. Septiembre.

Shafeer D., (1988). *The epidemiology of teen suicide: And examination* or Shanta R. Dube;

Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez, E. (1992). *Manual de Medicina de la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud nº 20. 587-600. Washington,D.C. Organización Mundial de la Salud.

treatment of suicidal patients. American Psychiatric Press.

Valadez, I., Amezcua, R., González, N., & Contreras, M., (2005). *Una escala para medir suicidabilidad en adolescente escolarizado de 12 a 15 años: Investigación para la prevención del suicidio en Jalisco. Compendio de investigación sobre el fenómeno suicida en Jalisco*, pp. 220-230. Guadalajara

Valadez, I., Quintanilla, R., Gonzalez, N., & Amezcua, R., (2005). *El papel de la familia en el intento suicida del adolescente*. Salud Pública de México, 47(1), 1-2.

Valles, M. F., (2000). *La simbiosis hostil: una metamorfosis inversa*. En; González, Núñez. México. IIPCS.

Van Heeringen, K., (2001). *The suicidal process and related concepts. Understanding suicidal behavior. The suicidal process: Approach to research treatment and prevention*. England: John Wilwy & Sons Ltd.

Vázquez E, Fonseca I, Padilla-Villarreal JR, Pérez ML, Gómez N. (2005). Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2005; 22(2):107-118.

Villa R, Moreno L., Guadalupe S., G. de la torre, (2012). *Epidemiología y estadística en salud pública*. México: Mc Graw Hill.

Vives, J., (2001). El proceso del adolescente. *De la identidad de género en México al final de la adolescencia*. México: Plaza y Valdez.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Wild L., Flisher A., Lombard C., (2004). *Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self – esteem*. Journal of adolescence; 27: 611-624.

Xiu-yaxing, , Fang-Biao Tao, Yu-Hui Wa, Chao Xing, Xiu-Yu Qi, Jia-Hu Hao, Pu-Yu Su, Hai-Feng Pan, Lei Huang (2010). *Family factors associated with suicide attempts among*

Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. Journal of Adolescent Health 46: 592-599. China.

Young K., Bonkale W., German D., Scheftner, W., Fawcett, J., Akaskal, H & Maser, J. (2008). *Influencia de la Depresión Mayor, el Genotipo 5HTTLPR, el Suicidio y los Antidepressivos sobre el Volumen Talámico British Journal of Psychiatry. 192(4):285-289.*

Zárate L., Corona F., (2005). *Los trastornos Depresivos en Manual de trastornos mentales.* Asociación Psiquiátrica Mexicana. México.

Zuñiga, S., (1998). *Manejo psicológico del intento suicidio.* En la psicología en México a fines del siglo XX, Tomo I, pp. 1-8.

ANEXOS

Ficha de identificación

DATOS GENERALES:

Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____

Escolaridad: _____

Género: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

DATOS FAMILIARES

Edad: _____

Ocupación y horario de trabajo: _____

Escolaridad: _____

Nombre de la madre o tutora: _____

Escolaridad: _____

Ocupación y horario de trabajo: _____

Edad de los hermanos: _____

Ocupación y grado de estudio de los hermanos: _____

Observaciones: _____

Cuestionario

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “Sí o No”.

	Si	No
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo (a)?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido (a) ahora?		
10. ¿Está Ud. separado (a), divorciado(a) o viudo(a)?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado (a) que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado en suicidarse alguna vez?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

PSICOTERAPIA FAMILIAR

Morelia, Mich. A ___ de _____ del 2012

Por medio de la presente, yo: _____ doy mi consentimiento para, de forma libre y voluntaria, formar parte del grupo de participantes que son de interés científico para la investigación, *El contexto relacional y el ambiente familiar del adolescente con riesgo suicida*.

Entiendo que mi participación consistirá en realizar algunas tareas relacionadas a mí familia y a mi persona. Estoy advertido (a) de que estas pruebas no implican riesgo alguno para mí, ya que se trata de un estudio exclusivamente clínico, sin la utilización de sustancias o procedimientos adicionales.

Se me ha comunicado que la información obtenida en este estudio permanecerá completamente confidencial y su valoración será hecha únicamente por personal autorizado y por el responsable de la investigación.

Así mismo me reservo el derecho a dejar de formar parte de dicha investigación si así lo juzgo conveniente, sin que ello exente a la Universidad Vasco de Quiroga, la responsabilidad sobre la información de mí obtenida por medio de este estudio, y sin que dicha decisión tenga repercusión alguna sobre mi persona.