



12
205
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

UN ANALISIS SOBRE EL ADOLESCENTE SUICIDA
Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
GLORIA AVENDAÑO HERNANDEZ



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UN ANALISIS SOBRE EL ADOLESCENTE
SUICIDA Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA.**

**Si la vida te llegó a desencantar
no estes entristecido,
no hay porque enfurecerse;
en el día del dolor es mejor someterse
seguro que el de gozo no tardará en llegar.**

**Nuestro corazón siempre vive en nuestro
porvenir el presente es inquieto y doloroso
todo es momentáneo en nuestro existir
y todo lo pasado parecera dichoso...**

Gracias A:

**Mis padres, quienes con su
esfuerzo, confianza y apoyo
me enseñaron a ser:**

**Responsable de mis actos,
para de esta manera salir
siempre adelante venciendo
los obstaculos y continuar
por el camino de la vida
realizando mis metas.**

Gracias A:

**Rosa Isela, Armando y Ricardo
quienes han compartido todo
conmigo y por estar a mi lado
en los momentos en que más los
he necesitado.**

A:

Julían porque gracias a
tú ayuda y al interés que
mostraste en la realización
de este trabajo, hoy un sueño
se hace realidad.

A:

Chuy, Lidia, Carmen y Nancy
por su amistad y apoyo.

A:

Ma. Refugio, Antonia, Rosario
y Bernardino porque con sus
conocimientos y criticas
enriquecieron cada vez más
el desarrollo de este trabajo.

I N D I C E

Introducción	1
---------------------------	----------

Capitulo 1. Desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica.

1.1. Antecedentes históricos	8
1.2. Antecedentes conceptuales	19
1.3. Antecedentes prácticos	37
- Teoría de la Cibernética	38
- Teoría de la Física	42
- Teoría de la Homeostasis	44
- Teoría de los Tipos Lógicos	46
- Teoría General de los Sistemas	49
a) Sistemas Abiertos o Flexibles ..	50
b) Sistemas Rígidos	52

CAPITULO 2. Las etapas del ciclo vital .

2.1. Antecedentes	62
2.2. Fase del desprendimiento o del galanteo	64
2.3. Fase del encuentro o del matrimonio ...	65
2.4. Fase de los hijos	68
2.5. Fase de la adolescencia	71
- Desarrollo de los cambios físicos	

	en la adolescencia	75
-	Crecimiento Oseo	76
-	Maduración sexual	78
-	Desarrollo sexual en varones	79
-	Desarrollo sexual en mujeres	80
-	Aspectos psicológicos en el desarrollo del adolescente	82
a)	Obtención de la autonomía	85
b)	Búsqueda de la identidad	86
c)	Competencia social	90
d)	El narcisismo adolescente	91
2.6.	Fase del re-encuentro	93
2.7.	Fase de la vejez	94

CAPITULO 3. Adolescentes potencialmente suicidas.

3.1.	Antecedentes	97
3.2.	Mitos y realidades	103
3.3.	Diferentes concepciones	121
3.4.	Clasificación de las conductas suicidas	137
3.5.	Tipos de suicidio	142
3.6.	Métodos de elección de consumación e	

	intentos de suicidio.....	154
3.7.	Epidemiología del suicidio	160
	- Factores no específicos	
	Alimentación	166
	- Factores específicos	
	Síntomas médicos y psiquiátricos	169
	- Comportamiento suicida previo	175
	- Factores de la dinámica familiar ...	177
	a) Familias triangulares	187
	b) Familias desligadas	189
	c) Familias perfectas	191

CAPITULO 4. La prevención de las conductas potencialmente suicidas.

4.1.	Prevención del suicidio	198
4.2.	Criterios para dar una intervención en crisis o inmediata	207
4.3.	Alternativa de tratamiento	215
	- Conclusiones	225
	- Bibliografía	233

I N T R O D U C C I O N

La familia como una totalidad, es sin duda, la formación básica de la sociedad humana. Su origen es biológico, así como algunas de sus funciones esenciales, pero además es un factor cultural de trascendental importancia en la vida del hombre ya sea desde el punto de vista de su ser social como de su personalidad, sobre la cual ejerce una poderosa y perdurable influencia.

La familia como institución biológica lleva a cabo la conservación de la especie, mediante la reproducción y la procreación de los hijos.

La asistencia familiar resulta necesaria durante un largo período de tiempo debido a que el ser humano es el más desvalido de los animales desde el momento de su nacimiento hasta la adolescencia; en un principio el niño requiere de ser alimentado por medio de su madre quien se encarga de la transformación y del procesamiento de los alimentos que posteriormente proporcionará a este. De aquí, que la familia sea una institución biológica

indispensable para la supervivencia del infante y por lo tanto de su especie misma.

Aunado a la función biológica, la familia cumple con una serie de tareas o funciones que conllevan al desarrollo de sus miembros.

En la socialización, la familia juega un papel esencial, ya que en ella se forman los hábitos de convivencia de las nuevas generaciones, es decir, la familia es quien se encarga de regular las relaciones interpersonales de cada uno de sus elementos, por ejemplo, indica a sus integrantes que deben hacer una selección de aquellas personas con las que se relacionarán.

Ahora bien, la familia no solo interviene en la socialización de sus elementos, sino que influye notablemente en el desarrollo individual, tan es así, que el contenido emocional y las actitudes que manifiesta el individuo como conducta personal son el resultado de las interacciones que se establecen dentro del ambiente familiar; de esta forma, el modo de ser, los criterios personales, los sen-

timientos, las opiniones y las actitudes reflejan en gran medida, con matizaciones individuales, la forma de ser de la familia de origen.

La familia constituye, también, el vehículo transmisor por excelencia de la herencia cultural en el aspecto normativo y regulador: costumbres, modales personales, sentimientos morales, devociones y lealtades; que se encaminan, sobre todo a mantener la armonía interna del grupo, evitando desviaciones de lo ya establecido y de alguna manera lo admitido como " bueno " y socialmente conveniente.

Al hablar sobre las tareas que atañen a la familia, se ha podido constatar que en algunos casos, es ella la que determina las funciones que han de seguir sus miembros.

La familia con el transcurrir de los años ha sufrido un sin número de modificaciones, tanto en su estructura como en sus funciones, tan es así que actualmente se puede hablar de diversos tipos de familias, las cuales tienen características propias que influyen en la conducta de cada uno de sus in-

tegrantes, esto fue más notorio después de la Segunda Guerra Mundial ya que se observó que dentro del sistema familiar se desarrollaban conductas patológicas o enfermedades que requerían de una atención especial, en donde se involucraran a todos los miembros del sistema y no sólo a la persona que presentaba la sintomatología. El objetivo de incluir en el tratamiento a cada uno de los miembros del sistema radica en que la familia es un factor determinante para suscitar cambios en el comportamiento del individuo. De la realización de los estudios que se llevaron a cabo con familias de pacientes esquizofrénicos, se observaron las relaciones entre el paciente y su familia, así como el tipo de comunicación que establecen entre cada uno de ellos, de esta manera se dió pie al surgimiento de la Terapia Familiar Sistémica.

A partir del surgimiento de la terapia familiar se observó que existen familias que permiten la evolución y modificación de sus pautas de interacción y de comunicación para con cada uno de sus

miembros como con todas aquellas personas con las que mantiene una relación, cualquiera que esta sea, es decir, permite el intercambio con el exterior (sistemas abiertos); por otro lado, también se encontró que hay familias que no permiten la manifestación de cambios (sistemas rígidos o cerrados) y que por ende les resulta difícil adaptarse a esas manifestaciones que en un momento dado se están suscitando.

Cabe aclarar, que la familia pasa por diversas etapas (ciclo vital), a las cuales debe de adaptarse para poder afrontar aquellas problemáticas que se presentan en cada período.

Las perturbaciones que se derivan de la relación de los padres para con los hijos y de éstos para con sus padres son de muy diversa índole. Sin embargo, la problemática a la que se hace referencia en el presente estudio son los intentos de suicidio en el adolescente, de ahí, que al tratar el tema de ciclo vital, se centre la atención en la etapa de la adolescencia y se continuen en la misma.

El joven al desarrollarse en el período de la adolescencia atraviesa (aunque no necesariamente) por un sin número de cuestionamientos que para poderlos afrontar como tales, necesita orientación y apoyo de su familia, así, como de aquellas personas que le son significativas en su vida, por tal motivo, cuando no cuenta con quien comunicarse quién lo apoye, le ayude y le oriente, busca y decide tomar el camino que le resulta más fácil, o recurre al suicidio como única alternativa a los problemas que se le están presentando, es por ello que el objetivo del presente estudio se fundamenta en proporcionar algunas técnicas de prevención de las conductas potencialmente suicidas en adolescentes, dirigidas principalmente a todas aquellas personas que se encuentran trabajando en forma directa con este tipo de pacientes.

La importancia de esta investigación radica en que en la actualidad va en aumento el número de jóvenes que han intentado o consumado el suicidio, quizás esto se debe a los continuos cambios que se

están gestando dentro de la sociedad y por ende en la familia, como resultado de la anterior, se ha observado que en algunas casos es el sistema familiar quien contribuye al desencadenamiento y mantenimiento de conductas tales como: el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia y por supuesto el suicidio.

El plan de este estudio ha quedado conformado de la siguiente manera; en el primer capítulo se habla acerca del surgimiento de la terapia familiar sistémica, así como de la evolución de la misma, en el segundo capítulo se hace referencia a las etapas del desarrollo por las que atraviesa todo individuo, sólo que debido a los intereses del estudio se hace énfasis en el período de la adolescencia; en el tercer capítulo se define la conducta suicida y se hace hincapié en el tipo de familia en la que se está desenvolviendo el adolescente potencialmente suicida y finalmente, el cuarto capítulo hace referencia a algunas técnicas que deben tenerse presentes cuando se trabaja con personas autodestructivas.

C A P I T U L O 1

Desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica

1.1. Antecedentes Históricos:

Para comprender el funcionamiento del sistema familiar, la estructuración, la comunicación y la forma de influir en cada uno de sus miembros, se abordan toda una serie de teorías, las cuales, de alguna manera contribuyen al desarrollo de lo que actualmente conocemos como terapia familiar sistémica, de ahí, que resulte importante describir cada una de ellas.

Boszormenyi-Nagy y Framo (1991) afirman que inicialmente los trabajadores en terapia familiar coincidían en señalar que era necesario redefinir la enfermedad mental, esto es que las relaciones entre los miembros de la familia formaron parte del objeto de estudio al igual que los factores ambientales que influyen en ella.

La mayoría de los innovadores de la terapia familiar por ejemplo, Erickson (1956) y Bowen (1979), etc, provienen básicamente del área de la psicote-

rapia individual y trabajaron con pacientes esquizofrénicos; durante el tratamiento de los graves trastornos del ego, descubrieron que el tratamiento progresaba únicamente hasta el punto en que había una auténtica comprensión profunda de la dinámica motivacional inconsciente y de los elementos que participan en ella (insight), lo cual, tenía que traducirse en cambios perdurables, sin embargo, esto no fue posible ya que lo que hasta entonces se había logrado se venía abajo, primordialmente a causa de un convenio regresivo establecido inconscientemente entre la familia y el paciente. En ese entonces, la idea que predominaba era que las influencias externas, invisibles pero poderosas, sólo podrían palparse y ser controlables si quedaban integradas en el programa del tratamiento.

Freud, por ejemplo, se rehusaba a hacer participar a los miembros de la familia en el tratamiento, ya que él muestra una comprensión profunda del mundo intrapsíquico del individuo y lo concebía como un sistema cerrado.

Al respecto Haley (1980) menciona que en el pasado se pretendía desarrollar una ciencia del hombre, en donde se le estudiará como un ser en aislado, esto debido a que se perseguía describirlo y clasificarlo en función de su tipo físico, carácter y personalidad, para de esta forma llegar al diagnóstico clínico.

Para explicar el comportamiento patológico del individuo los psicoanalistas se valían de los siguientes supuestos 1) dentro de la persona existen: instintos, pulsiones o emociones ; 2) en la práctica se observan: una fuerza, una energía que impulsa, que hace mover, en otras palabras, cuando el paciente presentaba conductas enfermizas se argumentaba, que se trataba de un defecto interno o que la persona estaba "viviendo" conflictos, por ejemplo, entre necesidades y pulsiones opuestas, que impedían que la energía potencial fluyera libremente. En caso de que hubiera cambios en el comportamiento se sostenía la idea de que había un aumento de la comprensión de determinadas pulsiones o se observabá

una percepción diferente sobre el mundo que le rodeaba al paciente. No obstante, que se observaron modificaciones en el comportamiento del paciente, mediante las técnicas empleadas por los psicoanalistas, se pudo constatar que al regresar el cliente a su hogar e interactuar con su familia reincidía en su comportamiento, esto debido a que el sistema familiar suele ser el factor desencadenante y mantenedor de las conductas patológicas.

Considerando que la sintomatología del paciente no sólo le atañe a éste, se pensó en localizarla en la relación que se establece entre el paciente, su madre, el padre y los demás miembros de la familia, llámense hermanos, abuelos, tíos, etc.

De acuerdo con lo anterior, Bowen (1979) sostiene que el movimiento de terapia familiar prosperó como una extensión del psicoanálisis que durante la década de 1930 logró el consenso general como método terapéutico ya que había proporcionado conceptos y técnicas útiles para las necesidades masivas de la Segunda Guerra Mundial.

Giacometti (1979) en Campanini y Luppi, p. 13, afirma que posteriormente al conflicto mundial se hace "necesaria una revisión de los presupuestos de la asistencia psiquiátrica para que se reconozca el papel que ejercen los factores sociales, económicos y culturales en la determinación de las enfermedades mentales, así como también, se hace énfasis en el ambiente en que se desarrolla el individuo. Como resultado de lo ya planteado, se observó que el interés exclusivo por el individuo se desplaza a un interés orientado a la vida de los pequeños grupos y, más en general, a las capacidades patógenas y curativas de la comunidad".

Además de lo expresado hasta el momento Andolfi y Zwerling (1980) señalan que en el período que siguió a la Segunda Guerra Mundial acontecieron toda una serie de cuestiones que repercutieron notablemente en la vida familiar, así por ejemplo, en los Estados Unidos se observaron problemas debidos a la escasez de vivienda, divorcios y niños huérfanos, lo cual incrementó el índice de niños de la

calle, el desempleo, etc.

Es así, que retomando los estudios, las experiencias e investigaciones que se efectuaron en Estados Unidos e Inglaterra y posteriormente en otros países, es como surge lo que hasta el momento conocemos como terapia familiar.

La orientación sistémica nació a principios de la década de los 50's, este movimiento tal como se conoce hoy en día ha pasado por un proceso evolutivo con aportaciones de diferentes áreas que van desde la Física, la Biología, la Sociología, la Psiquiatría, la Antropología y las Ciencias de la Comunicación.

Las investigaciones que parecen haber ejercido mayor influencia sobre el campo de la familia no fueron precisamente realizadas por psicoterapeutas sino por científicos como: Cannon (1929) (1932) a quien se le debe el concepto de homeostasia, Bernard (1957) quién hace referencia a la concepción organicista, el teórico de la información Shannon y Whitehead (1949) que se basa en el concepto de in-

formación definido por la expresión isomorfa con la entropía negativa de la Termodinámica; el cibernético Wiener (1948) que llevó los conceptos de Cibernética, Retroalimentación e Información, mucho más allá de los campos de la tecnología y los generalizo en los dominios biológicos y social, finalmente tenemos al teórico de los sistemas Bertalanffy (1947) que hace alusión a la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general, sea cual fuere la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o fuerzas reinantes entre ellos.

Gregory Bateson (1950) logró integrar y demostrar cómo pueden ser útiles las ideas de fuentes tan diversas, de los investigadores antes citados para el entendimiento de los procesos de comunicación, incluso de aquellos asociados con la psicopatología.

Para Bateson y su equipo de colaboradores (1956) quienes trabajaron en el Hospital de Veteranos de Palo Alto, California, resulta necesario

observar las interacciones que establecen entre el paciente, la familia y el asistente, por lo que sus investigaciones son determinantes para el desarrollo posterior de la terapia familiar. En el transcurso de las investigaciones efectuadas por Bateson se introdujo la idea de que la familia podría ser análoga a un sistema homeostático o cibernético que le permite hacer una reflexión sobre la teoría de los tipos lógicos, apoyándose en los trabajos de Lógica-Matemáticas de Whitehead y Russel. A partir de estos estudios se origina la teoría de la comunicación la cual, intentaba clasificar la comunicación por niveles: nivel de significado, nivel de tipo lógico y niveles de aprendizaje.

En la década de los 60's, Bateson abandono la Antropología, para ingresar al campo de la Psiquiatría, la cual, momentos mas tarde es también abandonada.

Retomando los postulados de los investigadores ya mencionados, se hace notorio que existen dos generaciones distintas de pensamientos.

Por un lado, dentro del modelo cibernético, el psiquiatra Don Jackson (1957) del instituto de Investigación mental en Palo Alto, California, subraya las cualidades encaminadas a mantener el equilibrio de los comportamientos sintomáticos en las familias, como si fuesen literalmente análogas a los elementos homeostáticos, y por el otro lado, más recientemente tenemos al psicólogo de la Universidad de Texas, Paul Dell (1979) quién desarrollo un modelo evolutivo, antes que homeostático, ya que conceptualizó a la familia y a todos los sistemas vivos, como entidades en evolución y no en equilibrio, capaces de transformaciones repentinas.

Así la idea central de la nueva epistemología tanto de los paradigmas homeostáticos como los evolutivos se centran en la circularidad, puesto que se considera al individuo como un sistema abierto que permite la transmisión de información con el medio que le rodea, además de que toma en cuenta el contexto en el que se esta desarrollando el síntoma

En un principio la enfermedad mental era defi-

nida en términos lineales, como ya se mencionó con explicaciones históricas y causales del padecimiento. En los intentos por explicar el comportamiento sintomático se basaban en un modelo médico o en un modelo psicodinámico. El modelo médico compara la depresión emotiva o mental con el mal funcionamiento biológico o enfermedad. En éste la etiología se concibe en términos lineales, es decir, se dice que los síntomas brotan de un trauma o conflicto que se originó en el pasado del paciente, y que por una variedad de razones, fue relegado al inconsciente. El tratamiento que se proporcionaba en este caso era la administración de medicamentos o se buscaban alternativas que bloquearán los procesos físicos considerados los causantes del estado del paciente. En cuanto al modelo psicodinámico se tiene que éste ha sido influido por descubrimientos efectuados en el siglo XIX y que tiene que ver con las formas de la energía tales como: la electricidad y el vapor.

Ambos modelos consideran al mal sintomático como una malformación debido a causas biológicas o

fisiológicas, o a un acontecimiento reprimido del pasado. El individuo para estos modelos es el locus de la mal-formación y la etiología se encuentra conectada con una imperfección de sus genes, bioquímico o desarrollo intrapsíquico (Hoffman, 1992).

Posteriormente a la década de los 40's, en donde se trabajaba con los modelos ya mencionados empezó a surgir una nueva conceptualización, o sea, empezaban a verse las comunicaciones y los comportamientos de todos y cada uno de los miembros de la familia, causales, circulares que avanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona perturbada tan sólo una parte.

Uno de los principales investigadores que hacen referencia al cambio de una nueva epistemología es sin duda Gregory Bateson (1979) quien establece una distinción entre el mundo de los objetos físicos y el mundo de las formas vivas, o el mundo de Newton. En el mundo de las formas vivas no sólo la fuerza sino también la información y las relaciones son importantes, por lo tanto, para describir lo que

está ocurriendo dentro de éste es necesario hablar de una nueva gramática y de un nuevo lenguaje; en otras palabras, se dice que no es posible creer que el terapeuta "causa un efecto" sobre el paciente o la familia por medio de su personalidad, su habilidad o su técnica. Ambos, terapeuta y paciente forman parte de un cambio más extenso en que el terapeuta, la familia y el cliente actúan y reaccionan unos sobre otros de manera impredecible, esto debido a que cada acción y respuesta cambian continuamente la naturaleza del campo en que residen los elementos del nuevo sistemas terapéutico.

1.2. Antecedentes Conceptuales

De los estudios con familias de pacientes esquizofrénicos se dió pié a una antropología en el hogar encabezada por los clínicos, así, por primera vez se hizo visible el marco familiar de los desórdenes psiquiátricos.

El principal ímpetu para el desarrollo de la terapia familiar sistémica procedió de la labor de investigadores tales como: Nathan Ackerman (1960)

en Nueva York; Murray Bowen (1952) en Topeka y Washington D. C. Lyman Wynne y Margaret Singer (1967) en los Institutos Nacionales de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker (1960) en Atlanta; Salvador Minuchin y C.H. Averswald (1967) en la Escuela Wiltyck en el estado de Nueva York, Ivan Boszormenyi Nagy, James Framo y Gerald Zud (1962) en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck (1960) en Yale y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir (1959) en Palo Alto, California, por mencionar algunos.

La mayoría de estos investigadores hacen énfasis en el estudio de las propiedades de la familia como "sistema", el cual, es entendido como: " Toda entidad cuyas partes covariaban entre sí y que mantenían equilibrio en una forma activada por " errores " (Hoffman, 1992) centrandose en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar, equilibrar o desequilibrar al sistema.

De igual forma Parsons y Bales (1955) sostienen que para llevar a cabo el análisis de la rela-

ción que existe entre el comportamiento individual y el grupo familiar, es necesario, considerar a la familia como un todo orgánico, o sea, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Al hablar del sistema relacional se refiere a: "el conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí seguido por un cambio de estado en otras unidades; y este a su vez va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente, p. 321".

Si transcribimos estas afirmaciones a palabras de Bertalanffy (1991) tenemos que define al sistema como un complejo de elementos interactuantes. En este caso la interacción significa que elementos A, están en relaciones, B, de suerte que el comportamiento de un elemento A en B es diferente de su comportamiento en otra relación B. Si los comportamientos en B y B' no difieren, no hay interacción y los elementos se comportan independientemente con respecto a las relaciones B y B' " Del mismo modo

la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los demás miembros del sistema, y es epistemológicamente erróneo considerar su comportamiento como la causa del de los otros debido al hecho de que cada miembro influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás; actúa sobre el sistema, pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema" (Palazzoli, 1991., p. 15).

La familia, también puede considerarse como un sistema abierto que intercambia materiales, energías o información con su ambiente, además, de que se encuentra constituida, por unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción que permite el intercambio de información con el mundo exterior. Cabe aclarar que todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica.

Uno de los progresos más interesantes se refiere, en primer término, al modo en que investiga-

dores tales como: Bateson, Bowen, Bertalanffy, Minuchin, Andolfi, Jay Haley y Hoffman, etc., conceptualizaron a la familia como; la suma de sus partes, como una totalidad, un organismo o un sistema, en segundo lugar resulta importante conocer los diferentes modos en que se modificaron esas conceptualizaciones durante los últimos diez años. Al respecto Bowen (1979) menciona que se acuñaron términos para indicar distorsiones y rigidez, funcionamiento recíproco e "interdependencia", "ligámenes"; "fusión del sistema", como ejemplo de estos términos tenemos los empleados por Lidz y Fleck (1957) quienes utilizaron el concepto de "cisma", Wynne y sus colaboradores (1958) que emplearon el término de "pseudomutualidad", Ackerman (1956) uno de los primeros en hacer trabajos de campo, presentó un modelo conceptual en un estudio titulado "Interdependencia patológica en las relaciones familiares". Desarrollo también un método terapéutico denominado "Terapia de la Familia", el cual, puede definirse como observación, demostración e interpretación de

la interdependencia observada en el seno de la familia durante las sesiones terapéuticas. Jackson y colaboradores (1978) utilizaron un modelo diferente, elaborando el concepto de "doble vínculo", para llegar a este término se valieron de la Teoría de la Comunicación.

La comunicación es un proceso fundamental en la vida social, entre los estudiosos de la comunicación podemos citar a: Watzlawick (1967), Beavin (1967) y D. Jackson (1963) a quienes se les debe la subdivisión de este proceso en tres sectores a saber: sintaxis, semántica y pragmática, estos autores hacen énfasis en el estudio de esta última. Los tres ámbitos forman parte de la semiótica, o sea, de la ciencia que estudia el significado de la comunicación humana, mientras que la sintaxis se ocupa de los signos en cuanto tales y la semántica de su significado, la pragmática analiza la relación entre los signos lingüísticos y el que los utiliza. Campinini y Luppi (1991) señalan que los estudios efectuados por los investigadores ya men-

cionados se centran en la relación emisor-receptor, en la cual la comunicación actúa como mediadora.

La comunicación es un acto mucho más complejo, es un proceso de interacción que da origen a una relación significativa entre las personas comprendidas entre ellas.

Al hablar de comunicación podemos referirnos a la comunicación verbal y no verbal (analógica). La comunicación analógica, o no verbal, no incluye sólo los modos del cuerpo (cinética), sino que también hace referencia a que una persona toque a otra, la gestualidad, la expresión del rostro, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de palabras mismas, así como la utilización del espacio tanto personal como interpersonal (Andolfi, 1990).

En el campo de las ciencias del comportamiento existen dos modalidades distintas de lectura del lenguaje no verbal.

1) El enfoque psicológico: Este enfoque considera a la comunicación no verbal como la expresión de emociones; por ejemplo, una particular

expresión del rostro hace alusión a un estado ya sea de depresión o de bienestar.

2) El enfoque comunicacional: se encarga del estudio de los comportamientos posturales, el contacto físico, y el movimiento en relación con el contexto social, con la cohesión y la regulación de las reglas en el grupo.

Cuando se hace referencia a la comunicación no verbal o analógica hay que tener presente que con este tipo de lenguaje una persona puede contradecir o confirmar la comunicación verbal, por ejemplo, un reproche o una frase agradable puede tener distinto eco según el tono, la actitud y la expresión con que se pronuncia, así también, podemos demostrar que no tenemos interés en lo que se nos dice, aun respondiendo cortesmente.

Durante la década de los 50's Bateson encabeza un proyecto de investigación en donde se pretende clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógicos y niveles de aprendizaje, en dichos estudios se contemplaban las

pautas de transacción esquizofrénica. La hipótesis que Bateson plantea, es que una persona con este tipo de dificultad podría " aprender a aprender ", siempre y cuando el contexto en el que se desenvuelve el paciente sea de alguna manera adaptativo.

Al mismo tiempo otros investigadores efectuaron toda una serie de estudios que tiene mucho que ver con los realizados por el equipo de Bateson, ellos observaron al esquizofrénico en el marco de la familia y obtuvieron como resultado que cuando el paciente mejoraba, otro miembro del sistema empeoraba. Por consiguiente, se puede decir, que " La familia necesita de una persona con un síntoma " (Hoffman, 1992., p. 28).

Jackson (1957) retomó la hipótesis que Bateson postulo y acuñó el término de " Homeostasis familiar ". El describió la interacción familiar como un sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o del comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema.

Bateson por su parte se identificó con la idea

de la familia como entidad destinada a mantener el equilibrio, esto gracias a que se observó que muchas de las investigaciones del grupo se realizaron con familias que tenían una gama de comportamientos sumamente limitados, por ejemplo, hubo experimentos que mostraron una rigidez de las pautas de comunicación en familias en que alguien tenía un síntoma, rigidez que se notaba mayormente en alguno (s) de los miembros y que no era observada en otro tipo de familias.

Un hecho que al parecer habían dejado de lado Bateson y colaboradores en sus estudios de la comunicación esquizofrénica fue el observar al enfermo en interacción con su familia, no obstante, al celebrarse entrevistas con los pacientes y trabajar en conjunto, se da pie a que se involucre a los demás miembros, es decir, se observa detalladamente al esquizofrénico y ha su familia, para ello se hospitalizan a todos los elementos del sistema, es entonces, que con este hallazgo empieza a tomar forma la hipótesis de la doble atadura.

De las investigaciones efectuadas en el departamento de Sociología y Antropología, en la Universidad de Stanford, Palo Alto, California, se llegó a la descripción Bateson (1956) del doble vínculo, en estos estudios participaron investigadores de la talla de: Don Jackson, Jay Haley y Weakland.

Para los investigadores ya citados el Double Bind " Bind ", es entendido a la vez como un sustantivo y un verbo. Además de que se puede traducir tanto como: Doble ligar, como doble lazo o doble vínculo con un sentido activo y actual reforzador. Sin embargo, hay quines lo traducen como Doble Coacción, sobre todo o trabar, atolladero, control, anundamiento, etc., (Benoit, 19981).

Dentro del marco teórico en el cual se colocó el estudio " Toward a Theory of Shizophrenia ", derivan una serie de estudios realizados por Bateson y que son tomados en consideración en el desarrollo de dicha investigación. De entre esos estudios básicamente se retoman la Teoría del Deutero-Aprendizaje, de la que Bateson ha proseguido la afiliación

hasta sus últimos trabajos, en particular en etología animal, ya que facilitó la comprensión del alcance general del doble vínculo, concepto que integra las leyes lógicas russellianas y jerárquicas de los modos de aprendizaje. Así por ejemplo, el animal aprende simultáneamente: 1) la tarea propuesta a su condicionamiento, 2) el contexto y el modo de esta adquisición. Tan es así, que aprende y aprende a aprender, es decir, aprehende un contexto donde se adquieren informaciones definidas. Se adquiere un hábito aperceptivo " puntuación ", definición y previsión de una serie de acontecimientos. Bateson (1949, p.243) menciona "podemos suponer que la neurosis experimental es lo que ocurre cuando el sujeto no llega a realizar dicha asimilación".

A principios de la década de los 50's, Bateson utiliza concepciones cibernéticas y sistemáticas definidas. A propósito de la comunicación humana, las confronta con las matemáticas, en particular, con los realizados por Whitehead y Russell. Así, los estudios sobre la codificación de la información

lógica serán el fundamento del saber básico: de las aplicaciones de la Teoría de los Sistemas a la psicopatología. En estas investigaciones subraya dos hechos: 1) que la comunicación humana (verbal) puede implicar e implica siempre, múltiples niveles diferenciados, y 2) que los mensajes creados por los lenguajes paraverbales interfieren en la emisión verbal (Benoit, 1981). El meta-mensaje es un elemento esencial de la definición del sentido particular-relacional del mensaje. Las paradojas y las dificultades en la comunicación nacen de dicha complejidad intrínseca, en la medida en que las leyes lógicas de categorización se ponen en duda, particularmente estas: " existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros ". Es decir, la clase no puede ser miembro de ella misma y un miembro de la clase no puede ser la clase misma (Russell, 1910).

El estudio de las formas lúdicas de comunicación, teatralización, amenaza lúdica, chanza o el de los rituales ceremoniales, sacramentos, muestran la utilización del comportamiento en las relaciones

naturales, animales o humanos. Los signos brutos del humor (placer, cólera, apaciguamiento en el curso del encuentro) quedan corregidos por señales marcadoras del contexto: el arreglo y la complejidad de la relación y del intercambio pasan al plano del comportamiento. De esta forma, Benoit (1981) menciona que simultáneamente se encuentra introducida una forma de negación. La imposibilidad de la expresión del comportamiento extrínseco de la negación va a implicar una paradoja.

Las paradojas son aquellas proposiciones que resultan a la vez verdaderas y falsas, o que chocan con el buen sentido, que van en contra de la opinión admitida, común y corriente. Este concepto debe enriquecerse con la evocación de nociones colaterales tales como: ironía, sarcasmo, antifrases, sofismas, silogismos, antimonía, o también primas: mala fe, falsedad, contra-verdad, ambivalencia, ambigüedad, hipocresía, negatividad, idea recibida, mistificación, manipulación, farsa, humorismo, etc., (Palazzoli, 1991).

De acuerdo con lo anterior, Bateson afirma que las leyes lógicas de categorización serán puestas en duda, por lo tanto, la " vida no sería un intercambio sin fin de mensajes estilizados, un juego de reglas rígidas, monótonas, desprovistas de sorpresas".

Al hacer referencia a la psicopatología observamos que los dominios del sueño, del síntoma o del delirio nos atraen a una comunicación bruta donde los marcadores del mensaje faltan o están alterados. Así mismo, la angustia transforma al cuerpo, la alucinación modifica lo real. El triunfo del pensamiento análogo lleno de imágenes barre la capacidad de diferenciación y de comunicación precisa, fundada en la distinción de mensajes, y de los contextos del mismo trabajo específico del lenguaje verbal. Bateson (1955) retoma lo ya planteado y llega a la siguiente conclusión si observamos la psicopatología del individuo nos podemos dar cuenta de la degradación de la relación al nivel de las interacciones entre el esquizofrénico y su entorno familiar.

En las investigaciones que se llevaron a cabo Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley y Weakland se pudo constatar que el término de doble vínculo está constituido por una serie de elementos básicos y que son los siguientes:

1.- Se trata de las relaciones entre dos o más personas, una de estas personas funge como la " víctima " y las otras intervienen igualmente.

2.- Esta experiencia se repite al correr de la existencia de la víctima, que espera por lo tanto su intervención.

3.- Emisión de una orden primaria negativa, a la que se le agrega una amenaza, por ejemplo, " no hagas eso ".

4.- Es una orden secundaria en conflicto con la primera "no atiendas a nada de lo que digo "(quiza dada por el tono de voz o el modo de hablar).

5.- Un ingrediente capital es el bloqueo de la relación. Una orden que prohíbe todo comentario (generalmente son claves no verbales que refuerzan reglas que ya no es necesario explicar) y otra que

prohíbe a la persona abandonar el campo (a menudo dado por el contexto).

6.- Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente cada mensaje.

7.- Una vez establecidas las pautas de comunicación que contenga estos elementos, sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira (Benoit, 1981 y Hoffman, 1992).

Investigadores como: Bateson, Jackson, Haley y Weakland (citados por Benoit, 1981) subrayan tres puntos indicativos de la situación:

a) La relación en causa es esencial, dado el valor vital a la comprensión correcta del mensaje

b) El protagonista que aplica el doble vínculo emite dos ordenes de mensajes contradictorios.

c) La víctima se encuentra incapaz de meta comunicar, de comentar o solicitar aclaraciones en cuanto a los mensajes recibidos.

Tomando en cuenta este tercer punto, observamos que es necesario tener presente la idea de la complementariedad global de la situación del doble vínculo esto con el fin de evitar la vulgarización del modelo que le hace perder su cualidad viviente (Benoit, 1981). También debe centrarse la atención en los aspectos negativos de los mensajes que densifican el clima paradójico, y aún superparadójico por la simultaneidad de mensajes contradictorios. Otros elementos que agravan estos enredijos latentes o patentes son: la ambigüedad de los mensajes del comportamiento del rechazo o del retraimiento, la incertidumbre de la relación ligada al empleo de verbos que se puede decir que son negativos, tales como: rehusar, etc., o bien que tienen un valor afectivo negativo evidente o por analogía, cortar, castigar, destruir, etc.

Como punto de partida en las investigaciones del doble vínculo con pacientes esquizofrénicos, se toman en cuenta los siguientes postulados.

- 1.- La situación puede jugar un papel muy

importante en la etiología y los síntomas clínicos de la esquizofrenia.

2.- Ella se construyó en el seno de la relación familiar mucho antes de la aparición de la enfermedad.

Finalmente, cabe aclarar, que la teoría del doble vínculo fue formulada originalmente en términos diádicos y por lo tanto existe un atador y un atado, pero también debe de tenerse en cuenta que esta acción puede ser recíproca.

1.3. Antecedentes Prácticos:

Dentro de los antecedentes históricos se mencionó que el desarrollo de los estudios con pacientes esquizofrénicos fue tomado como base de las investigaciones que realizaron científicos y no precisamente psicoterapeutas; de ahí que sea importante describir algunas de las teorías que contribuyeron al estudio de la familia.

Las teorías a las que se hace referencia son cinco:

1.- Teoría de la Cibernética:

La teoría de la cibernética concibe a esta misma como: el estudio de la dirección, la regulación y las comunicaciones en el organismo, las máquinas calculadoras y las actividades económicas (Gómez, 1979). Así mismo se le denota como: el estudio del funcionamiento de las conexiones nerviosas en los seres humanos.

Esta fue postulada por el científico Wiener (1948), en ella habla sobre la teoría de los mensajes, la cual dió un impulso en los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje. El propósito de Wiener es el de desarrollar una lengua y una técnica que permitan no sólo encarar los problemas generales de comunicación y regulación, sino además de establecer un repertorio adecuado de ideas y de métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos, por ejemplo, al hacer referencia al ámbito social, se puede entender en la sociedad mediante el estudio de los mensajes y de las facilidades de comunicación que de ella se disponen, esto mediante la observación de

los mensajes que se establecen entre el hombre y las máquinas, entre las máquinas y el hombre y finalmente entre las máquinas y las máquinas (Garduno 1991).

Siguiendo lo establecido por el autor ya citado, Bertalanffy (1991) menciona que Wiener creó una disciplina cibernética que aspira a mostrar qué mecanismos de naturaleza retroalimentadora fundamentan el comportamiento teológico o intencionado, así como los organismos vivos y los sistemas sociales.

Posteriormente Wiener (1950) en " cibernética y sociedad " trata sobre los diversos problemas biológicos y sociales, los cuales son tomados en consideración desde el punto de vista de la Ingeniería, de donde se propone para su investigación el análisis matemático. Fue entonces que problemas tales como: los disparos de artillería antiáerea y la eficiente transmisión de mensajes codificados a través de complejos sistemas de comunicación; se convirtieron en su mente en prototipo de procesos

biológicos y sociales de sistemas de transferencia de información por corrección de errores.

Si traducimos lo planteado hasta aquí, a palabras de Maruyama (1968) tenemos que sostiene que cualquier sistema vivo, o cualquier entidad que se mantenga así misma depende de dos procesos muy importantes que son:

1.- La morfostasis, que significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales; esto se logra mediante el proceso activado por el error, conocido como: retroalimentación negativa.

2.- La morfogénesis, según la cual a veces un sistema debe modificar su estructura básica. A este proceso se le denomina retroalimentación positiva y son secuencias que actúan para ampliar la desviación como en el caso de la mutación que permite a una especie adaptarse a las condiciones ambientales modificadas.

Wiener (1954) analiza la retroalimentación positiva en función de mecanismos como los elemen-

tos de retroalimentación de control en los cañones antiaéreos, observando que si este elemento es llevado más allá de cierto punto óptimo comenzará a hacer correcciones excesivas, trazando arcos más y más bastos hasta que la oscilación haga que la maquinaria se descomponga.

Otro investigador que continua la línea de Wiener es, Garret Hardin (1969) biólogo, él describe cierto número de modelos homeostáticos, hechos por el hombre o naturales, él duda de que un auténtico sistema homeostático pueda jamás operar libremente en asuntos humanos, por causas de la tendencia a formar intereses creados. Por lo tanto, Hardin declara que el poder social, denota un proceso de retroalimentación positiva, en donde se debe de tener cuidado al considerar que todos los sistemas tiene una " meseta homeostática ", o sea, límites dentro de los cuales el sistema es autorreector, pero más allá de la meseta homeostática, en cada uno de los extremos se encuentra la retroalimentación positiva o destructiva.

Pasando al marco más general de la familia como sistema cibernético observa Haley (1963) que así como el " gobernador " en un servomecanismo controla la gama de movimientos que hay dentro de él, así las personas de una familia actúan para controlar la gama de comportamientos entre sí, por ejemplo, en las familias donde se emplea este tipo de tácticas es que la lucha por el predominio existe no sólo a nivel de las reglas particulares, sino también al metanivel de quién fijará las reglas.

2.- Teoría de la Física:

La segunda teoría se fundamenta en la revolución que hubo en el campo de la Física, está fue postulada en los Estados Unidos por Gibbs y en Alemania por Boltzman (1950). De esta se puede mencionar que la Física Newtoniana que regía desde el siglo XVIII describía un universo rígido organizado por leyes precisas, donde el futuro dependía exclusivamente del pasado. Las nuevas ideas aportaron de forma directa el empleo de la Estadística para explicar sistemas tan simples como el de una

partícula en un campo de fuerza. De las investigaciones llevadas a cabo se deriva una segunda Ley de la Termodinámica, que posteriormente será retomada para aplicarla en el campo social. Con el empleo de esta ley se señala que es imposible construir una máquina que si opera constantemente, no produzca otro efecto que la extracción de calor de una fuente y la realización de una cantidad equivalente de trabajo. Del postulado anterior se deriva el concepto de retroinformación, que señala cómo através, de autocorrecciones sucesivas un sistema cualquiera, es capaz de regresar a su estado estable, o estado de equilibrio.

Durante mucho tiempo la Terapia Familiar puso el acento en la capacidad que tienen los sistemas para conservarse. Es así, como vemos que los trabajos de Prigogine (1971) demuestran que si un sistema está parcialmente abierto al influjo de energía o de información, las inestabilidades consiguientes no producirán una conducta azarosa, sino, que tendrán a conducir al sistema familiar hacia

un nuevo régimen dinámico que constituirá un nuevo estado de complejidad.

La familia como sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior, las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve al sistema a su estado de constancia, pero si esas fluctuaciones se vuelven más amplias, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones (Minuchin, 1991).

3 - Teoría de la Homeostasis:

La tercera teoría deriva de las investigaciones en el campo de la Biología y fue postulada por el científico Cannon (1932) en ella se hace referencia a la homeostasis (que ve a la familia como un sistema estable y transformador) en donde se toman en cuenta las concepciones organicistas expuestas magistralmente por Bernard (1932) que dieron cabida al entendimiento del fenómeno a través del cual se mantiene la situación tanto material

como energética del organismo.

El término mantenedor homeostático deriva de la palabra homeostasis, que significa el mismo estado. Según se aplica en Biología o Fisiología la palabra homeostasis se refiere a un proceso de mantener la igualdad por vía de restituir un sistema o un estado del que periódicamente se aparta. El sistema homeostático puede resultar una fuerza tanto positiva como negativa (Fishman 1990). Un ejemplo del sistema homeostático es el sistema termotáctico en el cuerpo humano, este sistema actúa como un regulador para mantener el calor corporal a una temperatura constante, de modo de maximizar su eficiencia tanto en la reproducción celular como en la interacción con su medio. Sin embargo, hay momentos de crisis, tales como: infecciones y heridas, en que la función crítica del sistema termotáctico es la de elevar la temperatura que incrementa la producción de glóbulos blancos y destruye a los agentes infecciosos. La función principal de la temperatura elevada es la de aumentar la protección corporal si

este calor excesivo se mantiene durante un periodo demasiado prolongado, se convierte en un status quo, y pueden producirse efectos colaterales nocivos.

En el caso de la familia en crisis, pueden operar fuerzas que mantienen el status quo de un modo perjudicial para el sistema, impidiéndole cambiar ante la aparición de presiones del desarrollo. Es esta característica negativa de la homeostasis la que la convierte en un concepto importante para la terapia familiar. Así por ejemplo, al igual que el cuerpo, en el sistema pueden influir fuerzas que lo mantienen en un estado estable que resulta ser nocivo debido a que le impide a la familia adaptarse a los cambios propios del desarrollo. El sistema no puede permitir una elevación necesaria de la "Temperatura" social para enfrentar la crisis y no puede volver a la "normalidad": a un funcionamiento cotidiano productivo.

4.- Teoría de los Tipos Lógicos:

La cuarta teoría se refiere a los tipos lógicos de Whitehead y Russell (1910), misma que fue

retomada en el campo de las Ciencias Sociales años más tarde. En ella los autores tratan el tema de la paradoja (grado de resistencia) y de su estructuración en dos tipos lógicos distintos, es decir, el "estudio de la familia" y "el estudio de la terapia familiar" pertenecen a dos tipos lógicos distintos: el primero es un estudio de la estabilidad, en tanto que el segundo es el estudio del cambio (Steve de Shazer, 1989). Retomando el concepto de la estabilidad resulta evidente una teoría del cambio, en donde se hace alusión a las paradojas.

a) Teoría Binocular del Cambio. Esta teoría emplea los términos de, Isomorfismo y Cooperancia, en ella se hace énfasis en las intervenciones paradójicas las cuales son concebidas como "miembros" de una clase "intervenciones isomorfas" en vez de considerárselas una clase por sí misma (Steve de Shazer, 1989).

La tesis central de la Teoría de los Tipos Lógicos sostiene que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. Donde la clase no puede

ser miembro de sí misma, ni uno de sus miembros puede ser la clase por que el término usado para la clase pertenece a un nivel de abstracción distinta de los términos empleados para los miembros. La hipótesis de Bateson (1956) y colaboradores muestra que en las relaciones humanas ésta descontinuidad a menudo no es respetada, generando de esta manera paradojas de tipo russelliano con consecuencias patológicas. Todas estas reflexiones condujeron a Bateson a formular la teoría del doble vínculo, la cual ya fue tratada.

Por su parte Hoffman (1992) sostiene que la teoría russelliana de los tipos lógicos propone que todos los mensajes consisten en:

1. una declaración y
2. una declaración acerca de tal declaración

La teoría establece una jerarquía de tipos o niveles de abstracción y prohíbe que se unan un nivel superior y un nivel inferior. Por tal motivo, se dice, que no existe una comunicación sencilla: es decir, todo mensaje es condicionado por otro mensa-

je en un nivel superior. Cuando estos dos mensajes son tomados como uno solo tenemos una situación autocontradictoria, o paradójica.

Haley (1963) afirma que en la lucha por el dominio en la familia, si se unen las reglas en dos niveles de abstracción, resulta de ahí una similar dificultad comunicacional y no hay forma de poner fin a la lucha. En el nivel uno, cada quien hace una declaración, en el nivel dos, cada quien intenta definir la relación que actúa como tal declaración. Cuando nos encontramos hablando del nivel uno nos percatamos de que no puede tomarse ninguna decisión acerca de comportamientos sin un acuerdo sobre quién ha de decidir qué comportamiento se tolerarán (nivel dos), hay una constante negativa y confusión casi en todo lo que cualquier miembro de semejantes familia trate de decir o de hacer.

5. Teoría General de los Sistemas (TGS):

Por último, la quinta teoría hace alusión a las ideas provenientes de la Teoría General de los sistemas, propuesta por L. Von Bertalanffy (1947), que

sistematiza el paralelismo de principios cognoscitivos generales en diversos campos de las actividades científicas y sociales del hombre, proponiendo una estructura teórica, que posteriormente será retomada por varios campos para explicar los fenómenos de la comunicación en humanos.

En esta teoría (TGS) se proponen ciertos isomorfismos (se refiere principalmente a los significados, contextos o marcos conceptuales y emociones en que se experimenta una situación) que son indicativas de la necesidad de partir de conceptos globalizadores que permiten conceptualizar a los fenómenos en términos de: sistemas, totalidades, holismos, organismos, gestalt, etc. Dentro de la teoría general de los sistemas Bertalanffy (1991) menciona que existen dos tipos de sistemas familiares, a saber:

1. Sistemas abiertos o flexibles:

Considerado básicamente como un modelo no mecanicista, que no sólo rebasa el modelo de la Termodinámica ordinaria, sino de causalidad unidireccio-

nal, que tanta fuerza había logrado dentro de las Ciencias Clásicas.

Si hablamos de la familia, se tiene que esta es un sistema interaccional abierto que interactúa con otros sistemas. Los procesos familiares, como los de todos los organismos intrínsecamente activos, pueden sufrir modificaciones (Andolfi, 1980). La capacidad de cambio inherente a la familia le permite lograr la autorregulación por medio de reglas que ella misma desarrolla y modifica a lo largo de un período de tiempo para adaptarse a las variadas exigencias que se le plantean en sus diferentes fases de su ciclo vital (Palazoli, 1978).

El sistema familiar asegura tanto la continuidad como el desarrollo, mediante un equilibrio dinámico entre dos funciones comunes a todos los sistemas: 1) La tendencia a la homeostasis (H) y las capacidades de transformación (T).

Para lograr un cambio en un grupo familiar deben modificarse la relación existente entre la homeostasis y la transformación, a favor de esta últi-

ma. A diferencia de lo anterior, si lo que se pretende es estabilizar y mantener la nueva estructura, debe modificarse la relación entre homeostasis (H) y transformación (T), sólo que esta vez a favor de la homeostasis. Si en determinada situación, todo cambio o adaptación va precedida por un estado temporario de desequilibrios estos se manifiestan en la homeostasis y en la transformación. En este caso, Andolfi (1980) postula que el grado de desequilibrio depende de la importancia del cambio y de su estabilización subsiguiente que se produce.

2. Sistemas rígidos:

En este sistema no se permite que los miembros de la familia modifiquen sus hábitos de convivencia con el exterior. Es decir, un sistema familiar más o menos rígido se describe según el grado de dificultad que tiene en alcanzar nuevos equilibrios en respuesta al desarrollo ocurrido durante su ciclo vital. Por ejemplo, en situaciones desquiciadas (descompuestas o desencajantes) de su equilibrio tales como: el desarrollo individual, matrimonio, nacimien-

to, vejez y muerte, coinciden en el proceso evolutivo normal del sistema familiar (Andolfi, 1980).

Por lo tanto, es de vital importancia tener presente que un sistema familiar se vuelve rígido cuando hay una acumulación de funciones o cuando hay una incapacidad de modificar dichas funciones, en este caso el curso del tiempo interfiere con las necesidades de diferenciación de sus miembros. Cuando se reducen las oportunidades de autoexpresión debido al aumento de las exigencias en el nivel de la función, las estructuras grupales fortalecen y endurecen las relaciones que van comprimiendo las energías existentes dentro del sistema y se empobrecen las comunicaciones con el modo extra familiar. En tanto un grupo familiar crea una complicada red de funciones se refuerzan mutuamente y se cristalizan las relaciones en roles estereotipados. Tan es así, que cuando se presenta un sistema rígido, los elementos de este pierden oportunidades de realizar nuevas y diferenciadas experiencias y de enriquecer su formación, debido a que esta se percibe

como una amenaza contra el equilibrio de la familia. Por consiguiente, Andolfi (1980) sostiene que: " Hay una creciente confusión en cada miembro entre espacio personal y espacio interaccional, o entre el lugar de la definición que de sí mismo tiene el individuo y el lugar de sus transacciones negociadas con el mundo exterior. En los casos donde se presentan este tipo de confusiones se puede observar que esta se atribuye habitualmente a un individuo mentalmente perturbado., sin embargo, es una realidad que el sistema mismo es el que presenta una serie de sintomatologías psiquiátricas, que permiten que cada sujeto incursione en el espacio personal de los demás miembros por motivo altruistas o incluso terapéuticos".

Al retomar lo planteado hasta el momento, se observa que se reafirman los postulados propuestos por Bertalanffy (1986) quien menciona que: "el organismo no es un sistema estático (equilibrio) que se encuentra cerrado hacia el exterior y que siempre contiene componentes idénticos, sino todo lo contra-

rio, es un sistema abierto en un estado uniforme (semejante) mantenido constantemente por su condición de masa en un continuo intercambio de material del medio circundante, así como también sale de él."

La teoría formula principios aplicables y válidos para los sistemas en general y explica la estructura de lo general como un complejo organizado de componentes en permanente y mutua interacción, Muñoz (1985). De tal modo que aplicado a la sociedad este puede ser mantenido como un sistema capaz de asumir un estado de equilibrio dinámico a partir de las relaciones de interdependencia de los diferentes componentes o subsistemas.

Esta teoría (TGS) considera a la familia como un sistema social y abierto dentro de la misma sociedad ya que funciona en relación a su contexto sociocultural que evoluciona a través de su ciclo vital y que opera de acuerdo a reglas y principios que se aplican a todos los sistemas. Es entonces, que podemos hablar de subsistemas tales como: subsistema cónyugal u holón cónyugal holón o subsiste-

ma parental y el fraternal (Minuchin,1991).

Cada uno de estos subsistemas debe cubrir toda una serie de funciones o tareas, así, por ejemplo, cuando se hace referencia al holón cónyugal se prevee que una mujer y un hombre se unen para formar una familia que da origen a un nuevo subsistema, en la unión de estos dos seres se observa la adaptación tanto de uno como del otro para llevar a cabo una óptima convivencia. En el caso del holón parental se puede hablar de una readaptación ya que la pareja modifica sus hábitos de interacción con la llegada de un hijo, es decir, que todo lo que el niño contempla dentro del hogar se convertirá en parte de los valores y expectativas cuando el niño entre en contacto con el mundo exterior. Finalmente al centrar la atención en el holón fraternal nos percatamos de que los hermanos constituyen para el individuo el primer grupo de iguales en que participa, además de que se ve como cada niño elabora sus propias pautas de interacción y que para ello toman como base aquellas actitudes y conductas que han

observado en su familia y que de alguna manera influyen notablemente en su comportamiento ya sea dentro y fuera del sistema.

Cabe aclarar, que si en cualquiera de estos tres tipos de subsistemas se presenta algún problema, patología o enfermedad está influirá determinadamente en todos y cada uno de los miembros del sistema.

Es bien sabido que la familia está en constante transformación, es decir, ésta se adapta a las diferentes exigencias de los diversos procesos de desarrollo por los que atraviesa (exigencias que también cambian con la variación de los requerimientos sociales que van surgiendo con el tiempo), Minuchin (1991) menciona que todo esto sucede con el fin de asegurar la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros que la componen.

La familia como sistema activo que se autogobierna, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través de los ensayos y los errores, permite a sus diversos miembros experi-

mentar lo que esta aceptado en relación a lo que no es aceptable, esto hasta llegar a una definición estable de la relación, o sea, la formación de una unidad sistémica rígida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptible con el tiempo de nuevas formulaciones y adaptaciones.

Como todo organismo, la familiar no es un recipiente pasivo, sino un sistema activo, y abierto que tiene interacción con otros sistemas tales como: escuela, fábrica, barrio, instituto, grupo de coetáneos, etc; y en las relaciones que se establecen con estos sistemas se pueden producir cambios en las condiciones externas. Dentro de los cambios que puede experimentar una familia se mencionan los siguientes: cambios crecientes y radicales en la prole y en funciones de pareja ya sea tanto a nivel interpersonal como de la configuración social, progresiva disgregación del modo patriarcal de la familia extensa con una autonomía y una diferenciación cada vez mayor de la familia nuclear. Todos estos cambios sirven para comprender la exigencia

fundamental de buscar un equilibrio nuevo, entre las tendencias homeostáticas y el deseo de transformación.

Sin embargo, en la búsqueda de la transformación pueden suscitarse en alguno(s) miembro(s) de la familia tensiones que vendrán a pesar sobre el sistema del funcionamiento familiar, por lo que se requiere de un proceso de adaptación.

Los cambios que repercuten notablemente dentro del sistema familiar son:

1. Cambios Intrasistémicos: El nacimiento de los hijos, el crecimiento de los mismos hasta que se independizan, el luto, el suicidio, un divorcio, etc.

2. Cambios Intersistémicos: Las mudanzas, las modificaciones del ambiente, las condiciones de trabajo, los cambios profundos en las condiciones de los valores, etc.

Hasta el momento se tiene que la familia como una totalidad es un sistema en constante transformación, que con el transcurrir del tiempo debe adaptarse a las exigencias que la misma sociedad le im-

pone, con el propósito de plantear alternativas de solución, ante las diversas problemáticas que se están suscitando. De aquí, que si se parte de la premisa de que la familia es un sistema entre otros sistemas, la explotación de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está arraigado serán un elemento indispensable para la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de éstos y en donde la intervención es significativa en situaciones de emergencia (Andolfi, 1991).

Por lo tanto resulta indispensable realizar una intervención en todos y cada uno de los miembros de la familia y no sólo en el individuo en aislado, puesto que en algunos casos es la familia la que contribuye al desencadenamiento y mantenimiento de las conductas patológicas o enfermizas que presenta alguno de sus miembros. Partiendo de lo expresado anteriormente, el siguiente capítulo, centra su atención en el estudio de las etapas (ciclo vital) por las que pasa todo individuo, así mismo,

se hace énfasis en los cambios que se suscitan al llegar a la fase de la adolescencia, es decir, se enfatizan aquellos aspectos físicos y psicológicos que de alguna manera influyen notablemente en el comportamiento del joven.

C A P Í T U L O 2

Las etapas del ciclo vital.

2.1 Antecedentes:

En el capítulo anterior, se habló ya de como poco a poco va surgiendo el interés por estudiar las pautas de interacción de cada uno de los miembros de la familia para con los demás, y de cómo mediante estas investigaciones se llegó a lo que actualmente se conoce como Terapia Familiar Sistémica.

A partir de los estudios que se efectuaron con el sistema familiar se pudo constatar que la familia atraviesa por una serie de etapas (Ciclo Vital) del desarrollo, en donde puede seguir armónicamente su camino o bien pretende dar zancadas, avanzar a grandes saltos, brincarse etapas, regresar a pautas emocionales anteriores, o detenerse en una parte del camino. Por lo tanto, cuando aparecen los sufrimientos y los síntomas psiquiátricos, se dice que ese proceso se perturba.

Haley (1989) menciona que los síntomas apare-

cen cuando el ciclo vital en curso, de una familia, o de otro grupo natural se disloca o interpone. Es entonces, que el síntoma se concibe como una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital.

Estrada (1991) respecto a lo anterior, argumenta, que la organización llamada familia es esencialmente una unidad de personalidades que forman un sistema de emociones y necesidades enlazadas entre sí, por lo que, tanto el niño como el adulto en algún momento buscan dentro de su seno la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales.

Al hacer alusión a las etapas por las que atraviesa todo individuo, se tiene que estas cumplen con ciertos objetivos que deben de tomarse en cuenta:

a) Resolver los problemas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo.

b) Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con el objeto de que puedan lo-

grar una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

Los períodos que comprende el ciclo vital son:

- 1) El desprendimiento o etapa del galanteo
- 2) El encuentro o matrimonio,
- 3) los hijos,
- 4) La adolescencia,
- 5) El re-encuentro y
- 6) La vejez.

En el presente estudio, cabe aclarar que la atención de este se centra en la fase de la adolescencia puesto que es una etapa de transición o problemática (aunque no para todos los jóvenes) en la que el individuo pasa por una serie de eventos que influyen notablemente en su desarrollo y que lo conducen de alguna manera a buscar alternativas de solución que no necesariamente son las convenientes, tal es el caso de los intentos de suicidio.

2.2 Fase del Desprendimiento o del Galanteo:

La presente etapa se caracteriza básicamente por un desprendimiento que resulta doloroso tanto para el adolescente como para su familia, es decir, durante este período el joven abandona su hogar paterno para de este modo salir en busca de un compa-

hiero (a) que no sea de su misma familia. La actitud que muestran los padres en esta fase es la de no permitir que los hijos se liberen de los lazos paternos, no obstante, los jóvenes luchan por ser independientes, autónomos y por tener más libertades, pero no en todos los casos se logra esto ya que hay personas que permanecen adheridas para siempre a sus padres, y por lo tanto, les resulta difícil o imposible seleccionar una pareja con la cual compartir su vida (Estrada, 1991).

2.3 Fase del Encuentro o del Matrimonio:

El matrimonio de acuerdo con Haley (1989) no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas.

Cuando los esposos comienzan a convivir deben de elaborar una cantidad de acuerdos necesarios para cualquier par de personas que viven una íntima asociación. Deben acordar nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus pares, los aspectos prácticos de la vida en común y las diferencias

sutiles y gruesas que existen entre ellos como individuo. Haley (1989) considera que implícita o explícitamente ha resaltado una extraordinaria cantidad de cuestiones, algunas de las cuales son imposibles de prevenir antes del casamiento: quién decidirá donde vivir, qué grado de influencia ejercerá la esposa sobre la carrera de su marido, si cada uno ha de dictaminar sobre los amigos del otro, si la esposa trabajará o permanecerá en el hogar y cientos de interrogantes más, incluso de apariencia trivial, como quién elegirá la ropa de los niños, etc.

En el momento en que se inicia el matrimonio cada uno de los miembros de la pareja echan a andar los mecanismos que conocen, los cuales observaron en la relación con sus padres y que no necesariamente les van a funcionar. Es decir, la nueva pareja tiene que ir formando sus propios mecanismos e ir planteando acuerdos y soluciones a los problemas que se vayan suscitando.

El encuentro con " una persona nueva " depara

grandes sorpresas, ya que en el establecimiento y estructuración de un nuevo sistema estriba tanto la cualidad de la relación marital, como el bienestar familiar futuro.

Un aspecto que se da en la presente etapa y que es de gran importancia en casi todas las culturas, es el "Contrato Matrimonial". Sager (1972) estipula que este contrato va a regir la vida psíquica, emocional e instrumental de la pareja y tiene como objetivo aclarar lo que de otro modo parecería como una serie de comportamientos inexplicables e irracionales.

En los contratos matrimoniales se especifica lo que cada uno piensa de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como también, se señalan los bienes y beneficios que se espera recibir del otro. El contrato abarca aspectos imaginables de la vida conyugal ya sea que se trate de sexo, de metas, de relaciones con los demás, de paseos, de poder, de dinero, de los niños, de los familiares, etc.

Es entonces, que para tener éxito en el matrimonio se requiere de la complementaridad, la satisfacción y la comunicación que se da en la pareja.

2.4 Fase de los Hijos:

La presente etapa es algo nuevo para la pareja, no obstante, hay quienes deciden llegar a ella con la idea de que el tener hijos es lo mejor que les pudo suceder en la vida, de ahí que haya una planeación para el desarrollo de la vida del nuevo ser. Estrada (1991) menciona que resulta una incógnita el cuestionarse si el tener hijos va a influir o no en la cadena secuencial que un individuo lleva en su ciclo vital, tanto familiar como personal.

En la llegada de los hijos se requiere de espacio físico y emocional, lo cual plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta ese momento han venido rigiendo al matrimonio.

Para una pareja joven que durante el primer período matrimonial ha elaborado un modo afectuoso de convivencia y que de pronto se encuentra con el

nacimiento de un hijo se plantean otras cuestiones que desestabilizan las antiguas (Haley, 1989).

Minuchin (1986) considera que el nacimiento de un niño plantea un cambio radical en la organización de la familia. Aquí las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar los requerimientos del niño, de atención y de alimento, para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. Por lo general, el compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges.

Las funciones que se desempeñan deben de limitar las fronteras con la familia en conjunto y con los elementos extra familiares; de tal forma, que los abuelos, las tías y los tíos puedan incorporarse a la familia, con la finalidad de fortalecer las fronteras alrededor de la familia nuclear. Con la aparición de las nuevas funciones conyugales se modifican los requerimientos de la paternidad, es decir, el sistema debe efectuar los complejos cambios requeridos para pasar de un sistema de dos a un

sistema de tres.

Dentro del amamantamiento y la crianza de los hijos se han llegado a presentar algunos acontecimientos que en un momento dado pueden traer consigo problemas a la familia, por ejemplo, la madre dedica la mayor parte del tiempo y da mayores atenciones al nuevo ser, por lo que en algunos casos es el padre quien se siente relegado, sin embargo, se sabe que hay ocasiones en las que el niño(a) es quien carece de todas estas atenciones.

En esta fase el período más común de crisis es cuando los hijos comienzan la escolaridad, Haley (1989) plantea que en esta edad es frecuente que el chico funcione mal, en parte por lo que sucede dentro de la compleja organización de la familia, en donde los conflictos entre los padres acerca de la crianza de los hijos se hacen más manifiestos cuando su producto es exhibido en público, en tal caso, la escuela representa, además, su primera experiencia, como el hecho de que los hijos terminarán por dejar el hogar y los cónyuges quedarán solos frente

a frente.

2.5 Fase de la Adolescencia:

De acuerdo con los datos obtenidos en la revisión de la literatura sobre la adolescencia se tiene que existe una perspectiva pediátrica o puramente biológica de la adolescencia que señala que los seres humanos adultos son el resultado del desarrollo de los jóvenes. En este período se ha observado que se presentan cambios físicos que tienen consecuencias psicológicas muy reales. De esta manera, lo que plantea Fishman (1990) es que la adolescencia debe complementarse como una transformación social más que biológica.

La adolescencia, entonces, no existe independientemente de un contexto social definido, y para comprobar este hecho basta considerar que hace cien años nuestros abuelos no concebían ni experimentaban la adolescencia tal como hoy la conocemos. Según sostiene Rutter (1980), la idea misma de la adolescencia es una creación de las fuerzas psicosociales operantes en una época dada.

Rutter (1980) opina que la adolescencia es reconocida y tratada como una etapa distintiva del desarrollo debido a que la conciencia de una educación más extensa y una maduración sexual temprana han dado lugar a una fase prolongada de madurez física asociada con una dependencia económica y psicossocial.

Incluso, Aries, (1962) sostiene que el fenómeno actual de la adolescencia surgió después de la Primera Guerra Mundial. En esa época, afirma, que los soldados jóvenes comenzaron a percibirse a sí mismos como miembros de una clase distintiva y explorada, y más tarde quisieron conservar su carácter distintivo y su rebeldía como una forma de autodiferenciación protectora para de este modo distanciarse de la generación de sus mayores que están en el mundo.

La adolescencia apareció, entonces, para satisfacer una necesidad, puesto que es una creación de las fuerzas sociales que operan en nuestra cultura y no se le puede considerar separadamente de su

contexto social. Respecto a lo anterior, Mussen (1990) menciona que efectivamente la adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura, ya que por una parte, los procesos de maduración dan lugar a una rápida aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales y a unos impulsos sexuales más fuertes, al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como a un nuevo crecimiento y diferenciación de las capacidades cognoscitivas. Por otra parte, la cultura determinará si el período de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio repentino o tan sólo una transición gradual desde etapas anteriores del desarrollo; y ciertamente, el que se le reconozca explícitamente o no como una etapa aparte, claramente definida, del desarrollo en el transcurso de la vida.

Desde el punto de vista Fisiológico, Craig (1988) sostiene que la adolescencia se asemeja al período fetal y a los primeros años de vida, debi-

do a la rapidez del cambio biológico, solo que a diferencia de los lactantes, el adolescente siente el dolor y el placer de observar el proceso evolutivo de su cuerpo, es decir, se ve a sí mismo con sentimientos de fascinación, atracción y horror a medida que se producen los cambios biológicos. Sorprendido, avergonzado e inseguro constantemente se compara con otros y revisa su autoimagen. Uno y otro sexo se observan, con buenos conocimientos y con ideas falsas, con orgullo y temor, con esperanza y ansiedad.

La transición del período de la niñez a la condición de adulto joven, muestra en la adolescencia una extraña condición de madurez y de puerilidad. Esta mezcla es poco feliz, y, a veces resulta cómica, pero cumple una importante función en el desarrollo. La técnica que usa el adolescente para afrontar el estrés de un nuevo cuerpo y de nuevos roles tiene su origen en el desarrollo de la personalidad a lo largo de la niñez. Se basa en las destrezas, recursos y virtudes adquiridos en períodos

de su vida para encarar los retos de la adolescencia (Craig, 1988).

Desarrollo de los cambios físicos en la Adolescencia

Los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, sin exceptuar la maduración sexual y el crecimiento acelerado, son iniciados por una mayor producción de hormonas activadoras de la glándula pituitaria, situada inmediatamente debajo de la base del encéfalo. La señal para este incremento de la producción hormonal, a su vez, proviene del hipotálamo (parte importante y compleja del encéfalo), pero sólo después que el hipotálamo ha madurado lo suficiente, lo cual puede ocurrir a edades distintas en diferentes individuos.

Las hormonas liberadas por la glándula pituitaria tienen un efecto estimulante en la mayoría de las demás glándulas endocrinas, sin exceptuar la tiroides, las suprarrenales, los testículos y los ovarios, y activa sus propias hormonas relacionadas con el crecimiento y el desarrollo sexual. Entre estas últimas figuran los andrógenos (hormonas mascu-

linas), los estrógenos (hormonas femeninas) y las progestinas (hormonas del embarazo). Estas y otras hormonas actúan una con otras de manera compleja, para estimular el avance ordenado de los muchos desarrollos físicos y fisiológicos de la pubertad y de la adolescencia (Mussen 1990).

Crecimiento óseo:

En el comienzo de la adolescencia se puede observar una tasa acelerada de aumento de estatura y peso. La edad a la que comienza y la duración del período del estirón varían en los diferentes niños perfectamente normales.

En los varones normales el estirón puede comenzar desde los 10 años, o demorarse hasta los 16 años. Sin embargo, en el chico medio la rápida aceleración del crecimiento comienza hacia los 13 años, el crecimiento alcanza un máximo hacia los 14 años y luego baja bruscamente hasta la tasa previa al estirón hacia la edad de los 15 años y medio. Durante varios años después, puede continuar el crecimiento. En las muchachas el estirón de la adolescen-

cia puede comenzar desde los 7 y medio años de edad o demorarse hasta los 11 y medio. En la muchacha media, la rápida aceleración del desarrollo comienza hacia los 11 años de edad, llega a su máximo hacia los 12 años y luego baja rápidamente hasta alcanzar las tasas del desarrollo anterior al estirón hacia los 13 años de edad, en tanto que el crecimiento lento continuado, puede proseguir durante varios años más (Craig, 1988 Maussen, 1990 y Pepin 1986).

Prácticamente todas las dimensiones del esqueleto y el sistema muscular forman parte del crecimiento, aunque no en grado igual. La mayor parte del estirón en estatura se debe al aumento en el tamaño del tronco, más que en el de las piernas. Existe un orden bastante regular de aceleración de las dimensiones; por norma la longitud de las piernas llega primero a su máximo, seguida por los anchos del cuerpo, siendo el último el ancho de la espalda. Maussen (1990) afirma que las primeras estructuras que alcanzan su estatus de adultos son la cabeza, las manos y los pies. En la adolescencia, los

jóvenes, especialmente las mujeres se quejan de tener manos y pies grandes, sin embargo, esto no debe preocuparles ya que cuando hayan crecido completamente, sus manos y pies, serán un poco más pequeños en proporción a sus brazos y piernas y considerablemente más pequeños en proporción a su tronco.

Maduración Sexual:

Como en el caso del estirón el desarrollo tanto en estatura como en peso, hay notables diferencias individuales que conciernen a la edad en que comienza la pubertad. Aún cuando hay algunas variaciones dentro de la serie del desarrollo, por ejemplo, los senos pueden desarrollarse en las adolescentes antes o después de la aparición del bello púbico, el desarrollo físico durante la pubertad y la adolescencia sigue por lo general una progresión bastante ordenada. Así por ejemplo, el niño que da el estirón pronto probablemente desarrollará también el pelo pubiano y otros aspectos de la maduración sexual; en el caso de la niña que demuestra un desarrollo precoz de los senos probablemente tendrá

pronto su primera menstruación. Los preadolescentes que muestran un desarrollo avanzado del sistema óseo (huesos) probablemente iniciarán el crecimiento y su maduración sexual de manera precoz.

Desarrollo Sexual en Varones:

Este consiste por lo común en un aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y del escroto. Además puede observarse también el comienzo, aun cuando quizás sea lento, el crecimiento del pelo púbico, ya sea hacia las mismas fechas, o poco después. Aproximadamente un año más tarde, una aceleración del pene acompaña al crecimiento de la estructura. El pelo axilar (corporal) y facial comúnmente hacen su primera aparición unos dos años después del comienzo del pelo púbico, aun cuando la relación es lo suficientemente variable como para que de algunos niños el pelo axilar aparezca realmente primero (Pepin, 1986).

Durante esta etapa la voz se hace patentemente más baja o grave, por lo común bastante avanzada la pubertad. En algunos adolescentes este cambio de voz

es repentino y dramático, mientras que en otros ocurre gradualmente, por lo mismo, casi no es perceptible. En el transcurso de este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumenta significativamente y las cuerdas vocales duplican aproximadamente su longitud, con lo cual el tono baja aproximadamente una octava.

Desarrollo Sexual en Mujeres:

En las mujeres, el comienzo de la elevación de los senos suele ser la primera señal de madurez sexual, aun cuando en cerca de la tercera parte de las niñas puede antecederla la aparición de pelo en el púbis. El crecimiento del útero y de la vagina ocurren simultáneamente con el desarrollo del seno y también se agrandan los labios y el clítoris. La menarquia o menstruación se produce relativamente tarde en la serie del desarrollo y casi invariablemente después de que el crecimiento ha comenzado a frenarse. Frecuentemente hay un período que puede durar de un año a un año y medio después del comienzo de la menstruación, durante el cual las ado-

lescentes no son capaces aún fisiológicamente de concebir. De manera semejante, los chicos son capaces de tener relaciones sexuales mucho antes de la aparición de espermatozoides vivos (Maussen, 1990).

Es de vital importancia aclarar, que los varones, y las mujeres perfectamente normales presentan un sin número de variaciones en la edad a que comienzan las series de desarrollo. Por ejemplo, aunque la maduración del pene pueda estar completa en algunos adolescentes hacia la edad de 13 1/2 años, en otros quizás no se completa hasta los 17 años y aun después. El desarrollo del pelo del púbis puede variar todavía más. En el caso de las adolescentes el desarrollo del seno puede aparecer desde los 8 años en algunas no antes de los 13 años, así mismo, la edad de la menarquia puede variar entre los 10 y 16 1/2 años.

Hasta el momento se ha observado que el adolescente, se enfrenta a una serie de cambios rápidos en estatura, tamaño general del cuerpo y a las modificaciones, lo mismo objetivas que subjetivas,

relacionadas con la maduración sexual. Estos sucesos a su vez tienen un efecto perturbador (aunque no en todos los casos) de su sentimiento de autocongruencia, por lo que el adolescente necesita tiempo para integrar todos estos en un sentido, lentamente formado, de identidad individual positiva y confiada en sí misma.

Aspectos psicológicos del desarrollo del adolescente:

La idea general señala que la adolescencia es un período de crisis y estrés de una profunda renovación y reorganización. Los freudianos sostienen que la maduración biológica y el impulso sexual crean multitud de conflictos entre los adolescentes y su familia, entre él y sus compañeros, así como consigo mismo. Los adolescentes se muestran confundidos, impredecibles y hasta irresponsables, ya que luchan por liberarse del dominio de sus padres pero sin saber cómo aprovechar su libertad recién conquistada.

No obstante, se dice que no todos los adoles-

centes, como grupo, están propensos a sufrir problemas de desarrollo graves. Fishman (1990) menciona que hay que tener presente, que la concepción popular de la adolescencia es que ella misma constituye una época de profundas dificultades emocionales. De hecho la perspectiva psicoanalítica respalda esta idea, ya que considera a la adolescencia como un período de psicosis por el que todos los que se encuentran en el correspondiente grupo de edad son pacientes potenciales. "Los adolescentes son emocionalmente inestables y patéticos... Es un impulso natural experimentar estados psíquicos fogosos caracterizados por la emoción" (Hall, 1904 y Blois, 1979, p. 19). La literatura psicoanalítica posterior continuó respaldando la noción de la adolescencia como un período natural de inestabilidad y desequilibrio emocional.

Sin embargo, estudios más recientes contradicen la idea de que el Sturm und Drang es una parte normal y necesaria de la adolescencia. En efecto, Daniel y Judith Offer (1975) constataron que sólo

entre el 20 y el 30 % de la población adolescente experimentan dificultades graves y que la tensión y el arrebató psíquicos no constituyen en absoluto la norma. De acuerdo con los Offer, aquellos adolescentes que atraviesan serios conflictos y crisis de identidad no están sólo experimentando una parte normal de su proceso de crecimiento. Lo que experimentan es normal y necesitan ayuda. Los resultados de las investigaciones de los Offer han sido corroborados por otros investigadores como: Rutter(1980) Chess y Thomas (1984), quienes han llegado a la conclusión: de que los adolescentes normales no son necesariamente patéticos.

Resulta necesario aclarar, que cada etapa de la vida presenta sus retos y problemas que exigen nuevas destrezas y respuestas. Por lo tanto, con respecto a la adolescencia, los psicólogos coinciden en señalar que en este período el joven ha de afrontar y superar dos problemas a saber:

1. Lograr cierta independencia y autonomía en relación con sus padres,

2. Lograr la forma de una identidad o crear un yo integrado que cambie armoniosamente los elementos de la personalidad (Craig, 1988).

Obtención de la Autonomía:

El hecho de crecer inevitablemente implica la separación, este proceso a través del cual el adolescente se va del hogar lo conduce a volverse autónomo. La separación es una tarea fundamental para todos los jóvenes, aunque en muchos casos provocan enormes tensiones tanto al adolescente como a su familia. La separación funcional requiere un alejamiento sin alineación, y ésta es una de las metas claves dentro de la terapia familiar. Para promover una separación funcional, el terapeuta debe ayudar no sólo al adolescente en vías de separación sino también a las personas de las que se esta separando. Es necesario que todos estos individuos (adolescentes y familia) deben alejarse gradualmente para luego volver a conectarse. Por consiguiente, la finalidad de la terapia familiar es hacer realidad este proceso doloroso pero que de alguna manera re-

sulta gratificante (Craig, 1988; Estrada, 1992 y Fishman, 1990).

Craig (1988) considera que para lograr la independencia es necesaria la separación, el rechazo y el reto en varias esferas de la existencia, ya que desde el punto de vista psicológico, el adolescente trata de reevaluar las reglas los valores y los límites asimilados antes a partir de las instrucciones y consejos de sus padres. Al respecto Josselson (citado en Craig 1980) sostiene que el adolescente cada vez está más convencido de que su comportamiento es resultado de una decisión personal, y no de la influencia o persuasión que sus padres ejercen sobre él.

Búsqueda de la identidad:

La búsqueda de la identidad es un aspecto esencial de la experiencia misma de la adolescencia, en ella los problemas relativos a la identidad con frecuencia constituyen una zona de conflictos importantes. El término de identidad ha sido conceptualizado por Erickson (citado en Fishman, 1958) co

no la perspectiva y dirección fundamental que cada joven debe forjarse para sí mismo.

Al hablar de identidad Craig (1988) señala que los teóricos contemporáneos han descrito cuatro estrategias de enfrentamiento que se utilizan en la adolescencia y que sirven para afrontar el reto de establecer una nueva identidad. La teoría de los modos de afrontamiento también conocida como Status de Identidad fue propuesta por James Marcia (1980) con el propósito de perfeccionar el esquema del desarrollo de Erickson y probar algunas de las hipótesis de este último. Las estrategias son:

1. Logro de la identidad
2. Exclusión
3. Difusión de Identidad
4. Aplazamiento.

Los status de identidad se definen atendiendo a tres factores que son:

- a) La presencia o ausencia de una crisis o período de toma de decisiones.
- b) La elección de una ocupación

c) La aceptación de valores e ideologías escogidas libremente.

Los jóvenes que logran su identidad son aquellos que han pasado por una crisis y, por lo mismo, escogen un trabajo y tratan de vivir conforme a un código moral formulado en forma individual.

Investigaciones realizadas con adolescentes demuestran que las estrategias de enfrentamiento adaptadas en este período influyen de modo profundo en las reacciones ante el estrés, la autoridad, las expectativas sociales y la autoimagen.

La ansiedad es una fuerte emoción para quienes se valen del modo de aplazamiento, debido a que sus decisiones no son resueltas. Luchan sin cesar con un mundo de valores y opciones antagónicos y están familiarizados con la impredecibilidad y las contradicciones. En el caso de los jóvenes que hacen uso de la exclusión, se tiene que estos, rara vez sufren ansiedad, es decir, ellos operan con patrones de continuidad, estabilidad y certidumbre, si se habla acerca de los varones se considera que a menudo

tienen menor autoestima que aquellos hombres que recurren a la estrategia del aplazamiento, por lo mismo son más susceptibles a las sugerencias de otros (Marcia, 1980).

A diferencia de lo anterior, los adolescentes que usan la exclusión muestran valores más autoritarios, tienen además vínculos positivos con sus padres, quienes suelen ser protectores, exigentes e impasibles. En cambio, los de status de difusión de identidad son jóvenes que a menudo sufren el rechazo y la indiferencia de padres un poco inactivos. Los adolescentes en quienes predomina el status de aplazamiento están ligados a sus padres por vínculos ambivalentes de amor y odio; luchan por conquistar su libertad, pero temen la desaprobación de sus padres. En definitiva, de los cuatro status de identidad, los adolescentes que usan el logro de la identidad tienen los sentimientos más equilibrados hacia sus padres y su familia. Su búsqueda de independencia tienen una menor carga emocional que la de los chicos, que usan el status de aplazamiento y

están libres del temor al abandono que afecta a quienes aplican la estrategia de difusión de la identidad (Marcia, 1980)

En las mujeres, el miedo al éxito es común en las que logran la identidad y en las adolescentes que utilizan el status de aplazamiento; es poco frecuente en aquellas en quienes predominan los status de difusión de identidad y de exclusión, o sea el patrón opuesto al que se observa en los varones. Marcia (1980) concluye que el logro y la ambición son importantes fuentes de conflicto en la mujer, sobre todo porque su comportamiento choca contra las expectativas tradicionales.

Fishman (1990), Estrada (1991) y Craig (1988) señalan que el adolescente no sólo tiene que afrontar la tarea de la autonomía y la búsqueda de la identidad, sino que también le atañen la competencia social y el narcisismo adolescente.

Competencia Social:

Dentro del área de la competencia social Steve Brion Meisels y Selman (1984) consideran que ésta

tarea incluye la " construcción de nuevas estrategias para enfrentar cambios en las relaciones interpersonales y para redefinir el sentido del sí mismo del adolescente a la luz de nuevas realidades sociales. Así, que no hay mejor lugar para construir esas estrategias y redefinir la propia autoimagen de la familia .Es decir, que después de todo, la familia es como un taller dado que es ahí donde se aprenden las capacidades sociales; por ejemplo, la terapia familiar puede intervenir complementando el medio social extremo del adolescente, colegio, pares, comunidad, empleo, etc, para corregir patrones disfuncionales que a su vez afectan al sistema.

El Narcisismo Adolescente:

El narcisismo adolescente se caracteriza por el hecho de que el adolescente se considera el centro de atención de la familia. Fishman (1990) plantea que al adolescente problematizado, ese narcisismo le produce una sensación de omnipotencia y le hace sentir que no necesita adaptarse a las realidades sociales y, en consecuencia, no tiene por qué

cambiar.

Desde el punto de vista de la terapia familiar se aborda el narcisismo disfuncional intentando crearle al adolescente la experiencia del distanciamiento en el desarrollo. Esta experiencia consiste en aquellos momentos de revelación existencial por lo que el adolescente comprende que debe bastarse a sí mismo y aceptar el hecho de que no siempre contará con mamá o papá para socorrerlo, salvarlo y rescatarlo de las situaciones difíciles de la vida. Por consiguiente, para desprenderse del narcisismo adolescente y aceptar el cambio necesario que forma parte de la maduración, se requiere de la terapia familiar con la finalidad de ayudar al joven a crecer.

Una vez expuestas todas aquellas cuestiones que afronta el adolescente, se concluye que durante el recorrido por las etapas del desarrollo del ciclo vital, la pareja juega un papel crucial dentro de la familia, ya que cuando en el sistema se suscitan diversos conflictos y existen hijos adoles-

centes, son ellos quienes en algunos casos tienden a considerar los conflictos como algo que no tiene solución y por ende toman decisiones que resultan devastadoras. Es entonces, que aún cuando se describen todas las etapas del ciclo vital, la atención se centra en la etapa de la adolescencia, en la cual nos detendremos para observar cómo la familia es un factor desencadenante y mantenedor de conductas como los intentos de suicidio, en donde no solo se atenta contra la vida propia, sino que de alguna manera la manifestación de este tipo de problemáticas afecta a cada uno de los miembros del sistema familiar.

2.6 Fase del Re-encuentro.

Mc.Iner (1937) citado por Estrada, concibe a la fase del re-encuentro como el " síndrome del niño vacío ", al hacer esto, considera que el aislamiento y la depresión a la que la pareja se enfrenta, se debe a que sus actividades de crianza han terminado. A decir verdad dicha etapa se caracteriza por toda una serie de cambios, tanto familiares

como sociales, de aquí que resulte importante mencionarlos: a) existe la necesidad de admitir y hacer lugares a nuevos miembros (cónyuges de los hijos) en la familia, b) el nacimiento de los nietos; c) la muerte de la generación anterior, d) la jubilación, e) la declinación en las capacidades físicas, las cuales se acompañan de quejas ya sea de uno mismo o del compañero, así como de la aparición de las enfermedades, f) los conflictos con las nuevas generaciones; g) los problemas económicos de los hijos que inician una nueva familia, h) la necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes i) finalmente la dependencia que buscan los abuelos para formar una nueva pareja. Es decir, cuando se han ido los hijos ya sea por que se casan o porque se dan cambios emocionales se produce una interdependencia, que no queda otra salida que enfrentarse nuevamente con uno mismo y con el compañero.

2.7 Etapa de la vejez.

Finalmente al llegar a la etapa de la vejez es sabido que hasta el momento no se tiene mucha

información sobre la misma, esto debido a que es una fase a la que la mayoría de la gente tiene miedo llegar, pero además, este temor también se manifiesta por no alcanzarla.

Por lo que concierne a las nuevas generaciones los resultados de las investigaciones indican que los jóvenes no pueden entender, ni concebir el fenómeno de la vejez y sus problemas puesto que tienden a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos, o a negarlos. Sin embargo, el individuo de edad avanzada está vivo como cualquier otro ser humano, siente y se entristece por el continuo rechazo del que es víctima. No obstante, lo anterior, existen datos que corroboran que el sujeto en esta etapa adopta un rol crítico de consejero en el que su papel a desempeñar es el que por sí mismo se adjudica o debido a que la sociedad se lo atribuye. De acuerdo con lo expresado, hasta el momento, la persona que se encuentra en esta etapa se siente útil e importante ante los demás, (Estrada, 1991).

Terminado el recorrido por cada una de las

etapas del ciclo vital, y una vez que se han observado las situaciones por las que pasa todo individuo, se hace necesario centrar la atención en la problemática del suicidio, de aquí, que sea importante abordar el tema, para el cual se dedica el siguiente apartado.

C A P I T U L O 3

Adolescentes potencialmente suicidas.

3.1. Antecedentes;

Dentro del contexto de los grandes problemas que agobian al mundo actual, destaca por orden de importancia el fenómeno del suicidio, ya que cada minuto de cada día, en cualquier parte de la tierra y aparentemente por diversos motivos, un gran número de seres humanos se privan de la vida o intentan destruirse por medio del suicidio.

El problema del suicidio y el comportamiento suicida data de muchos siglos atrás, Shneidman y Farberow (1969) mencionan que en la época de la Grecia Clásica, los romanos tenían muy poco respeto por la vida, por lo que contemplaban el suicidio de una manera neutral e incluso positiva. Desde el punto de vista religioso, la posición cristiana sobre el suicidio puede ser contemplada como una reacción a la posición romana. La posición cristiana al concederle un gran respeto a la vida, especialmente al alma en el más allá dió como resultado que la igle-

sia introdujera serias discusiones referentes al comportamiento suicida. Por otra parte, en la sociedad occidental, el comportamiento suicida fue considerado como pecaminoso por cientos de años y se estableció dentro de la ley en la mayoría de los países occidentales.

Al hacer alusión a las leyes que se establecieron con respecto al suicidio, se dice que la conducta suicida produce consecuencias jurídicas. La causación de la muerte exige, de los órganos del Estado, la verificación de que se trata de un suicidio, que como acto voluntario de la víctima exige el castigo y el ejercicio de la acción penal, sin embargo, no es posible legalmente imputar a un cadáver la comisión del hecho dañoso.

Por lo que respecta al Derecho Penal Mexicano, ni el suicidio ni la tentativa del suicidio constituyen delito. Tampoco existen disposiciones legales que limiten, suspendan o produzcan la pérdida de los derechos civiles (González, 1971).

Ahora bien al continuar con la historia del

suicidio, tenemos que las víctimas suicidas provienen de todos los senderos de la vida y de todos los niveles económicos y culturales. Tan es así, que el suicidio se ha convertido en los últimos años en una tragedia que afecta no sólo al que lo comete, sino también a aquella familia que se ha dejado en el camino, es decir, las personas que se privan de la existencia o lo intentan mediante el suicidio, enfrentan al terapeuta y a su familia de una manera drástica y determinante, ante el problema inmanente e inminente a todo ser humano, esto es, a la muerte que es irrevocable y estática (Guerra y Salazar., 1987).

En la mayoría de las culturas, en casi todos los períodos de la historia se han observado conductas suicidas, aún cuando este se hallaba totalmente prohibido, sin embargo, la actitud que se toma ante esta situación de suicidio varía ya que mientras unos condenan estas conductas, puesto que según ellos el suicida es un cobarde por no saber afrontar las situaciones problemáticas, otros admi-

ran a este tipo de personas ya que ellos las conciben como seres humanos valientes que en el momento en que ellos deciden terminar con su vida lo hacen.

Actualmente se habla de que las actitudes de repudio y represalia han sido sustituidas por la comprensión de que cualquiera que trata de quitarse la vida esta enfermo o es presa de una angustia y por ello necesita ayuda médica y social (Stangel, 1965).

Es claro que la actitud aparentemente cambiante con respecto al suicidio ha estado condicionada por ciertos intereses. Así tenemos que al cambiar una actitud de "repudio" a una de "comprensión" no involucra necesariamente una diferencia significativa; al recluir a un individuo en un ambiente limitado como sería un hospital, la cárcel o el tratar de ajustarlo a través de la intervención médica, son sólo medidas diferentes de enmascarar condiciones propias del mal funcionamiento de un sistema de reproducción y de alguna forma constituye una solución eficaz para eliminar el fenómeno del suicidio.

El suicidio al igual que otras prácticas individuales y colectivas no es más que una expresión de las tantas condiciones propias de un sistema carente de los mecanismos necesarios que no permiten a sus integrantes relacionarse dentro de un marco de armonía y equilibrio; evidentemente el suicidio no es privativo de una determinada clase dentro de la sociedad, la carencia de dinero y de oportunidades para conseguirlo, o la pérdida de la posición social y las escasas o nulas relaciones afectivas sólidas han constituido elementos que conducen al acto suicida tanto en miembros de una como de otra clase social.

Con lo anterior se ha dado un panorama general acerca del surgimiento de las conductas suicidas, así mismo, se ha podido observar, que con el transcurrir de los años, se han adoptado una gran variedad de actitudes con respecto a este tema, y es debido a ello que en la actualidad se considera al suicidio como un tema tabú, el cual no es tratado abiertamente por la población en general, esto qui-

zás por el temor de que dicho fenómeno se suscite en algún individuo cercano a nosotros. Por lo tanto, si consideramos la magnitud y gravedad del suicidio como problema de salud pública que afecta no solo al que lo comete sino a todos y cada uno de los miembros de la familia, llama la atención lo poco que hasta la actualidad se ha hecho con respecto al tema para tratar de entenderlo y prevenirlo. De aquí, que el presente capítulo este dedicado al estudio de las medidas de prevención que deben tenerse en cuenta al trabajar con este tipo de pacientes.

Ahora bien, una vez que se han desarrollado a groso modo los antecedentes sobre el suicidio, se tomarán en cuenta las actitudes que se tienen con respecto a este tipo de problemáticas y que dan origen a una serie de mitos que de alguna manera conllevan a censurar a las personas que han intentado suicidarse, por lo que el siguiente apartado esta dedicado al estudio de dichos mitos.

Mitos y Realidades acerca del suicidio.

Dentro de la literatura referente al suicidio, han surgido una serie de mitos que son considerados como conceptos erróneos sobre dicho tema, los cuales a continuación son enlistados.

1. Con respecto a este primer punto tenemos que autores tales como: Sherr, (1992), Kaplan, (1989) y Davison, (1980) coinciden en señalar que la persona que habla de suicidio difícilmente lo intenta o lo comete. La realidad según Sherr, op. cit., es que aproximadamente entre el 70 y el 75% de los jóvenes que intentan o consuman el suicidio han proporcionado pistas, verbales o no, de sus intenciones en las semanas precedentes. Por su parte Davison, op. cit., menciona que es un hecho que tres cuartas partes de las personas que se quitaron la vida lo mencionaron antes, tal vez para pedir ayuda o como burla. Así mismo Kaplan, op. cit. postula que hay una proporción de sujetos que se suicidan y que han comunicado la intención suicida y está varia de un 50 a un 80%. Por consiguiente, estas cifras pare-

cen invalidar este viejo mito.

Efectivamente se ha podido demostrar que cuando una persona intenta suicidarse o consuma este acto, anteriormente a él presenta algunos indicativos como son: el expresarlo verbalmente o por escrito, así también se pueden presentar algunos síntomas tales como: pérdida de apetito, insomnio, problemas digestivos, etc. Dichos indicativos son empleados como una medida para llamar la atención de los demás, o en algunos casos como una venganza contra aquellos que en algún momento les causaron daño.

2. Sherr, (1992) menciona que otro de los mitos consiste en señalar que los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención. Sin embargo, semejante percepción refleja una falta de conocimiento y comprensión de los complejos factores relacionados con el comportamiento suicida. No obstante, en algunos casos la búsqueda de atención pudiera ser una ganancia secundaria del comportamiento suicida, por lo que se considera que se deben de

hacer todo tipo de esfuerzos para entender las causas que conducen al comportamiento suicida.

Con respecto a este segundo punto se puede señalar que existe una limitante para abordar este tipo de problemáticas (suicidio), es decir, por lo que respecta al sistema familiar, se observa que en él no se contempla el suicidio como un tema de conversación y por ende no es un tema del que se hable abiertamente entre los miembros de una comunidad en general, por tal motivo los conocimientos que se llegan a tener sobre esta situación son muy bastos y no permiten ampliar la visión que se tiene al respecto.

3. Por otra parte, Davison (1980) considera que el suicidio puede cometerse sin advertencia alguna. La declaración precedente revela desde luego la falsedad de esta creencia, ya que parece haber muchos indicios de suicidio, como cuando la persona afirma que el mundo andaría mejor sin su presencia o cuando empieza a hacer a otros obsequios inesperados e inexplicables.

Para complementar lo anterior se tienen referencias que indican que no necesariamente aquel que se suicida da indicios de conductas autodestructivas, esto es, que aquellas personas que constantemente arriesgan su vida como por ejemplo los paracaidistas o los que juegan a la ruleta rusa, etc., son consideradas como suicidas debido a que en varias ocasiones ponen en peligro su vida, sin embargo, en las investigaciones que se han realizado se han obtenido como resultados que en la mayoría de los casos la gente comunica a sus familiares o amigos sus intenciones, es decir, las personas suicidas en algunas ocasiones presentan síntomas que se pueden tomar como indicadores de las conductas suicidas (Davison. 1980, Sherr.1992 ; Durkheim. 1990, Tornero. 1973; Kaplan. 1989, Guillon. 1990 y Alonso. 1978).

En estos casos deben de tomarse en cuenta los avisos o las notas, puesto que generalmente se dice que el suicida manifiesta su conducta autodestructiva ya sea verbalmente o por escrito.

4. Otro de los mitos a los que se hace alusión y que tiene que ver mucho con el suicidio es la clase social. Davison (1980) declara que en realidad, el suicidio no constituye ni la maldición de los pobres como tampoco la enfermedad de los ricos; o sea que cometen suicidio miembros de todas las clases sociales. Por ejemplo, tanto personas que pertenecen a un nivel socioeconómico elevado como aquellas que pertenecen a un estrato bajo se suicidan ya sea por problemas que tienen que ver con la dinámica familiar o por cuestiones económicas, es decir, la persona puede suicidarse por estar en banca rota o por lo difícil que resulta el conseguir dinero.

5. También existe el mito de que la persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida, siempre hay una considerable cantidad de ambivalencias asociadas con el comportamiento suicida. La mayoría de las personas que exhiben estos comportamientos están abrumadas por sus problemas y presentan dificultad para encontrar solu-

ciones. También ellos dan indicios de sus tendencias. Aquí el problema principal no es que quieran morir, sino si existe alguna manera de seguir viviendo (Sherr, 1992).

Es claro que en este caso, el suicidio se maneja por suicidas como la única solución a sus problemas, esto es, algunas personas si buscan soluciones pero hay quienes no, sin embargo, tanto las unas como las otras, dependiendo de la situación que se este viviendo recurren al suicidio como única alternativa.

6. Es un mito que se diga que todas las personas que se suicidan están deprimidas (Sherr, 1992 y Davison, 1980). Los autores antes mencionados plantean que en casi todas las investigaciones que se han realizado en su mayoría arrojan como resultados que las personas que manifiestan comportamientos suicidas muestran rasgos de depresión, no obstante, el comportamiento suicida puede estar asociado a otros factores ya sea de bajo riesgo o de alto riesgo. Es un hecho que la persona estando o no de-

primida piensa en algún momento en el suicidio e intenta consumarlo.

7. El hecho de pertenecer a determinada fe religiosa constituye un buen indicador de si una persona pensará o no en suicidarse. Es equivocada la creencia de que la enérgica prohibición del suicidio que hace la iglesia católica disminuye mucho el riesgo de que los católicos se quiten la vida, (Davison, 1980). De este planteamiento se puede decir que los datos obtenidos no parecen respaldar esto, tal vez debido a que la identificación religiosa formal de un individuo no constituye un índice confiable de sus verdaderas creencias. Durkheim, (1990) considera que por lo que respecta a los judíos, su actitud hacia el suicidio es siempre menor que la de los protestantes y que generalmente es también inferior, aunque en menor proporción a la de los católicos, por lo demás no hay que dejar de lado, este planteamiento de Durkheim, op.cit., puesto que el número de personas suicidas pertenecen a una determinada religión que varía dependiendo del país sus

costumbres y su cultura.

8. Dentro de la población existe el mito que dice que quien sufre de una enfermedad física incurable es poco capaz de cometer suicidio. El que una persona este consciente de su inminente muerte no excluye el suicidio. Posiblemente el deseo de acabar con su propio sufrimiento o el de sus seres amados mueve a muchas de ellas para elegir el momento de su muerte (Davison, 1980). Ahora bien, es un hecho que algunas personas al saberse desahuciadas tales como: pacientes con la enfermedad del cancer o las que presentan el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida) deciden terminar con su vida debido a las consecuencias negativas que les acarrearán dichos padecimientos, o por evitar que sus familias sufran. Pero no en todos los casos sucede así, ya que en la mayoría de ellos, al enterarse de su padecimiento existe un deseo por la vida que es más intenso.

9. Por otro lado, Durkheim, (1990) señala que es una realidad el que la raza no sea un motivo por

el cual las personas se suiciden, esto aún cuando se tienen datos de que en ciertas poblaciones el número de suicidios es más elevado en la gente blanca que en los negros. Pero además, los intentos de suicidio y el suicidio consumado se presentan en gran medida en los hombres, mientras que en la mujer se da en menor escala, esta diferencia según, Salomón (1976) se debe a que la mujer se halla más protegida en nuestra sociedad y que el cuidado de la salud mental se halla disponible para ellas mientras que los varones se supone que no "lloran pidiendo auxilio".

10. El suicidio es influido por las temporadas, la latitud, la presión atmosférica, la humedad, las precipitaciones, la niebla, la velocidad del viento, los días de la semana y la temperatura de las diferentes estaciones del año. Pero además también se piensa que el suicidio se relaciona con factores cósmicos, como son las manchas solares y las fases de la luna. En relación a esto Davison, (1980) señala que no existen datos confiables que respalden ninguno de estos mitos.

Por su parte Durkheim, (1990) plantea como factores cósmicos el clima y la temperatura. La influencia de la temperatura en las estaciones parece más sólida. Los hechos pueden ser distintamente interpretados, pero son constantes, es decir, si en lugar de observarlos, se tratase de preveer por el razonamiento cuál debe ser la estación más favorable al suicidio, se creería lógicamente que es aquella en que el cielo está más sombrío y es más baja y más humeda la temperatura, pero además, resulta ésta época de la vida la más dura, por que requiere de una alimentación más costosa, para suplir la insuficiencia del calor natural, y es más difícil procurársela. Por tal motivo Montesquieu citado por Durkheim, (1990), consideraba a los países húmedos y fríos como particularmente favorables al desenvolvimiento del suicidio, y durante largo tiempo esta opinión fue ley; aplicandola a las estaciones del año, ya que se llegó a creer que es en el otoño donde debe encontrarse el apogeo del suicidio. Ahora bien podría aclararse que no es en invierno ni en

otoño cuando el suicidio alcanza su máximo, sino en la bella estación de la primavera, cuando la naturaleza es más risueña y la temperatura más dulce.

Durkheim, E. op. cit., menciona que el hombre deja con preferencia la vida en el momento en que le resulta más fácil. Es entonces, que si se divide el año en dos semestres, uno que comprenda los seis meses más calurosos (de Marzo a Agosto) y el otro de los seis meses más fríos (de Septiembre a Febrero), es el primero el que cuenta con un mayor número de suicidios. Por lo tanto, no hay un sólo país que constituya una excepción de esta ley. La proporción con la diferencia de algunas unidades, es la misma en todas las partes.

La relación entre el suicidio y las variaciones de la temperatura, pueden ser determinadas con la mayor precisión, si se conviene en llamar invierno al primer trimestre que va de Diciembre a Febrero inclusive, primavera al que se extiende de Marzo a Mayo, verano al que comienza en Junio para acabar en Agosto y otoño a los tres meses restantes que

van de Septiembre a Noviembre,;se clasifican estas cuatro estaciones,atendiendo a la importancia de su mortalidad suicida, encontrandose que en casi todas las partes ocupa el verano el primer lugar.

Ahora bien de lo expuesto anteriormente se puede deducir que las temperaturas extremas cualesquiera que sean, favorecen el desenvolvimiento del suicidio. Se comprende,por lo demás,que los excesos de todas clases,los cambios bruscos y violentos sobrevenidos en el medio físico, turban el organismo, desconciertan el juego normal de las funciones y determinan especies de delirios de los que puede la idea del suicidio realizarse si nada lo contiene. Pero no hay analogía alguna entre estas perturbaciones surgidas por excepción y anormales y las variaciones de grado por la que pasa la temperatura en el curso del año.

En tanto que si fuese la temperatura la causa fundamental de las oscilaciones que se han comprobado,el suicidio debería de variar, con ella.,regularmente; y no ocurre nada de esto. Hay mucho más

suicidios en primavera que en otoño, aunque haga en aquella época mucho más frío.

En relación a los días de la semana en México se han realizado una serie de investigaciones en donde se ha comprobado que los días de la semana en que con mayor frecuencia ocurren estos sucesos son los sábados y los domingos (Salas en Monrroy, 1992). El fin de semana se convierte en campo fértil para que se den estos hechos, principalmente por que el exceso en el consumo de bebidas embriagantes llevan a un aumento de la agresividad, ya sea para con otros o contra uno mismo.

11. Una mejoría en el estado emocional supone un menor riesgo del suicidio, el hecho es que las personas cometen suicidio después de que empezó a mejorar su estado de ánimo; esto parece ser especialmente cierto en el caso de los pacientes deprimidos (Davison, 1980).

12. Durkheim, E. (1990) opina que es cierto que el suicidio es contagioso de individuo a individuo, sin embargo, jamás se ve a la imitación pro-

pagarlo de modo que influya en las cifras sociales de la misma. Puede muy bien dar lugar a casos individuales más o menos numerosos, pero no contribuye a determinar la inclinación desigual que arrastra a la propia muerte a las diferentes sociedades, y en el interior de cada sociedad a los particulares grupos de las clases sociales. La irradiación que de ella resulta es siempre muy limitada, y además intermitente. Cuando alcanza un cierto grado de intensidad es siempre por tiempo muy corto.

Hasta el momento, la información que se tiene sobre la imitación, corrobora el dato de que ésta no influye sobre el suicidio. En los adultos salvo en los casos muy raros de monoteísmo más o menos absoluto, la cifra de un acto no basta para engendrar un acto similar, a menos que no afecte a un sujeto particularmente inclinado a él por sí mismo. "He señalado siempre, escribe Morel (en Durkheim, 19-90) que la imitación por poderosa que sea su influencia, y la impresión causada por el relato o la lectura de un crimen excepcional, no basta para ori-

ginar actos semejantes en individuos que sean perfectamente sanos de espíritu. Igualmente ha creído el Dr. Paul Moreau, de Tours en (Durkheim, 1990) quien puede afirmar, que sus deducciones se fundamentan en sus observaciones personales, y que sostiene que el suicidio contagioso sólo se encuentra en los individuos fuertemente predispuestos ".Es entonces, que se puede decir, que salvo raras excepciones, la imitación no es un factor que origina el suicidio, ya que se limita a exteriorizar un estado que es la verdadera causa generadora del acto, y que seguramente hubiese encontrado los medios de producir su efecto natural, aunque ella no haya intervenido, ya que es preciso que la predisposición sea particularmente fuerte para que tan poca causa baste y la transforme en un acto. Por tal razón, se dice que la imitación no tiene acción propia y cuando se ejerce esta es muy restringida.

13. Autores como: Davison (1980) y Durkheim, (1990) coinciden en señalar que la conducta auto-destructiva se da por herencia Davison op.cit., sos-

tiene que los suicidios a menudo son asuntos de familia, por lo tanto, se supone que es hereditaria la tendencia a pensar en términos de auto-aniquilación, sin embargo, también menciona el autor que no se tienen pruebas de lo planteado, Durkheim, op.cit., postula en su teoría en donde hace referencia a la raza, que es un factor importante en la tendencia al suicidio, y admite por lo demás, implícitamente que ésta es hereditaria, pues sólo puede constituir un carácter étnico con esta condición. Lo que pretende el autor al mencionar que el suicidio es hereditario es que existe una tendencia a matarse la cual pasa directa e íntegramente de los padres a los hijos, y lo que una vez es transmitido, daría nacimiento al suicidio como un verdadero automatismo.

En efecto dentro de la literatura sobre suicidio se menciona que cuando en una familia se suicida uno de sus miembros, se da pie aunque no necesariamente a que posteriormente en algún otro miembro del sistema se presente nuevamente es tipo de conductas autodestructivas.

14. Frecuentemente se cree que los niños no piensan en el suicidio, no obstante, la realidad es otra, ya que existen datos que comprueban que dicho fenómeno se lleva a cabo por menores, por lo que se ha llegado a considerar al suicidio como la segunda causa de muerte más común entre la juventud (Sherr, 1992).

Kübler-Ross, (1991) afirma que los niños también piensan en el suicidio, así por ejemplo, plantea que el suicidio en los niños proporciona, probablemente, los mayores dolores de cabeza a cualquier padre, además de que constituye, uno de los más graves problemas de la sociedad y ocurre cada vez con mayor frecuencia. Cabría aclarar al respecto, que generalmente pensamos que los niños por su condición son felices, y que cuando los vemos tristes no les damos mucha importancia y por tal motivo se piensa que el chico no presenta este tipo de ideas, pero además el adulto en la mayoría de los casos tiende a creer que un niño no tiene problemas y por ende no concibe el suicidio en los menores.

15. Finalmente tenemos el mito de que si propiciamos que la juventud hable acerca del suicidio se incrementa el riesgo del comportamiento suicida y se "plantan" las "semillas" del mismo. La realidad es que si se analiza adecuadamente el comportamiento suicida, se incrementan las posibilidades para prevenirlo o para intervenir oportunamente. En especial, para los adolescentes que han sido instruidos acerca del problema del suicidio (Sherr, 1992).

Una vez enlistados todos los mitos y realidades que se tienen con respecto al suicidio, me he percatado de que esos elementos que fueron ennumerados corresponden en gran medida a una realidad a la que la comunidad en general no se puede enfrentar debido quizás al temor que se tiene para tratar este tipo de problemáticas. Pero además, por la falta de información con que se cuenta. No obstante, que el suicidio es un tema en el que no se ha centrado la atención debida, hay quienes se han dedicado a su estudio y han tratado de explicarlo desde diversos puntos de vista, de ahí que en la actualidad hayan

diferentes concepciones sobre este, las cuales se abordan a continuación.

Diferentes Concepciones sobre el Suicidio.

El clérigo Desfontaines (1973) en Alonso creó el término "suicidio", en el último siglo y fue el primero en hacer uso de éste. Esquirol (1947) por su parte lo empleo para expresar la acción por la que el hombre pone fin a su existencia.

La palabra suicidio proviene del latín sui y caedere que significa la muerte de sí mismo, al respecto Alonso (1978) opina que esta concepción posee un sentido demasiado amplio por lo que retoma la definición propuesta por Deshaies (1947) quien afirma que el suicidio es la muerte intencional de sí mismo, en donde al hacer alusión a la intencionalidad se dice que es un acto difícil de comprobar objetivamente. Por lo tanto Sheider Pierre (1954) considera que si no hay voluntad de matarse no se puede hablar de suicidio, sino de pseudosuicidio. Los modelos más típicos de pseudosuicidio se producen en los comportamientos impulsivos de ciertos enfer-

mos psíquicos que culminan en la muerte. Convencionalmente, se admite que la autodestrucción realizada en el marco de ciertas situaciones psicopatológicas, por ejemplo, en un estado de Obnubilación (ofuscación o torpeza mental) de la conciencia es un comportamiento suicida.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente se dice que el concepto de suicidio exige que tal acto fatal obedezca a una cierta intencionalidad o voluntariedad. Alonso, (1978) menciona que sólo se incluyen, en los suicidios los actos de privación más o menos voluntaria o intencional de la vida propia.

Ahora bien, el término suicidio ha creado confusión, puesto que se aplica a una gran variedad de actos, sentimientos, tendencias y comportamientos. El suicidio en su significado más común es un término de medicina legal que se refiere particularmente a un acto específico que debe incluirse en un certificado de defunción como indicación de una manera de morir. La auto-destrucción es un concepto

psicológico específico que implica una psicodinámica consciente e inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo con las características peculiares del ego.

Dentro del cuerpo de la literatura suicidiológica existe cierta controversia acerca de la definición y del empleo de algunos términos en particular. Sherr, (1992) menciona que los investigadores se rehusan a considerar el comportamiento suicida como el estar en un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado. Otros tienen una considerable dificultad para dividir el comportamiento suicida en casos de suicidio consumado e intentos suicidas, la discrepancia tiene relación con el grupo de mortalidad.

Acto Suicida.

Algunas personas intentan suicidarse y la mayoría de ellas dan un indicio o hacen una advertencia clara a uno o varios de sus congéneres con tiempo suficiente, antes del acto diciéndoles que piensan eliminarse. Esto hace que una vez que se in-

tente algo se estará a la expectativa, se tratará de ayudar al sujeto, (López, 1989). Si uno observará los actos de autoperjuicio únicamente llegaría a creer que la autodestrucción es el único propósito. Pero si uno considera ciertos antecedentes y las consecuencias de estos actos, no se podría sostener esta aplicación.

De lo expuesto anteriormente se deriva que es un hecho, que puede ser que ellos esperen que una vez enterados los demás, se preocupen por ellos; esto muestra que el propósito o el intento suicida tienen dos tendencias, una es el impulso de dañarse y la otra es el impulso a hacer que las otras personas manifiesten interés y amor hacia ellos y obren en consecuencia.

Intentos Suicidas.

Los intentos suicidas obran como señales de alarma y tienen el objetivo de un pedido de ayuda, aún cuando dicho objetivo pueda no haber sido conscientemente realizado. La función de llamada de los intentos suicidas no implican que el deseo de pedir

ayuda sea un pedido consciente (Stangel, 1965).

Hay quienes ven el contexto suicida como un efecto catalizador beneficioso para el estado mental de una persona, pues libera sus impulsos agresivos; existen motivaciones que no surgen de los impulsos agresivos, destructivos, sino de aquellos que subyacen a las relaciones humanas. Existe el deseo de promover el cambio en los sentimientos de otra persona hacia uno mismo.

Considerando todo aquello que conlleva al intento suicida, este se ha definido de la siguiente forma: "Un intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infringido con intención autodestructiva, por muy vaga o ambigua que parezca (Stangel, 1965).

Una vez que se ha llevado a cabo un estudio del significado del suicidio, se pasará a definir la conducta suicida a partir de tres concepciones a saber: Definición Médica y Psiquiátrica del suicidio, Definición Social del suicidio y Definición Psicológica.

Concepción Médica y Psiquiátrica sobre el Suicidio.

Farberow y Shneidman, (1969) plantean que la mayor parte de los especialistas en psiquiatría han concebido al suicidio como un síntoma de diversas psicopatías, entre ellas se puede hacer mención de las Psicosis asociadas con síndromes cerebrales orgánicos no Psicóticos como por ejemplo, los síndromes degenerativos por Neoplasia, (tejido anormal de nueva formación en el organismo), la Esquizofrenia en todas sus formas, las Psicosis, los Trastornos de Personalidad, etc. Además de esta concepción sobre el suicidio existen otras tales como las que consideran al suicidio como el acto de una persona que atenta contra su vida, con éxito o sin él, (Mesa Redonda, 1978) o la de que es el acto fatal o no fatal (intento suicida) de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante, ser vago o ambiguo (Stangel, 1965); estas dos definiciones han sido compartidas por otras disciplinas que han centrado su atención en la conducta suicida y que han estado de acuerdo en que el sui-

cida es aquella persona que consumado o no el acto suicida lo ha llevado a cabo alguna vez,(Guerra, y Salazar, 1987).

Por otra parte, habría que hacer referencia a la definición que ha postulado la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se define el acto suicida como aquel que tiende a lesionarse, al que lo comete en grado variable de intento mortal y con conciencia del motivo, para dicha organización este acto conduce al individuo a un resultado fatal, mientras que, el intento suicida no conduce a tales resultados, siendo el sujeto en ambos casos un suicida (Eisenberg y Margain, 1978 en Guerra, y Salazar).

Concepción Social sobre el Suicidio.

Con base en las observaciones realizadas por Durkheim, (1990) y Kent, (1982) el fenómeno del suicidio no puede originarse básicamente por causas extrasociales de gran generalidad.

Entre las diversas especies de muerte hay algunas que presentan el rasgo particular de que son

obra de la víctima misma, que resultan de un acto cuyo autor es el propio individuo (o paciente), es cierto, por otra parte, que este mismo carácter se encuentra en la base sobre la que se funda comúnmente la idea del suicidio. Durkheim, (1990) menciona que poco importa, por lo demás, la naturaleza intrínseca de los actos que conducen a este resultado. Aunque por regla general nos presentamos al suicidio como una acción positiva y violenta que implica cierto empleo de fuerza muscular, puede ocurrir que una actitud puramente negativa o una simple abstención produzcan idénticas consecuencias. Rodríguez, (1971) considera que se mata uno lo mismo rehusándose a alimentarse, que destruyéndose por el hierro o por el fuego, y no es tampoco necesario que el acto producido por el paciente haya sido el antecedente inmediato de la muerte.

De manera general se puede deducir que un acto no puede ser definido atendiéndose al fin que persigue la gente; por que un mismo sistema de movimientos, sin cambiar de naturaleza, puede dirigirse

a fines completamente diferentes. Por ejemplo, se dice que hay suicidio donde existe la intención de matarse. De esta forma se considera que la autodestrucción es un acto de desesperanza que se presenta en el individuo que no tiene deseos de vivir, (Durkheim, 1990).

Concepción Psicológica sobre el Suicidio.

Díaz, (1971) dice he de referirme al suicidio como la manifestación enfermiza de la personalidad que en un momento dado, impulsa al individuo a atentar contra su propia vida. Algunas veces obtiene el éxito funesto, otras se quedan como intentos más o menos serios en su verificación. Desde el punto de vista psicológico, el suicidio debe considerarse como un síntoma grave y alarmante y siempre como la expresión patológica de un conflicto más grave de la personalidad total.

La persona que atenta contra su vida tiene en su haber muchos años atrás de enfermedad mental. Muchas veces, los familiares no se han percatado de las anomalías y rasgos patológicos de la persona

hasta que el intento o la culminación efectiva de su deseo, los pone sobre la pista de anteriores disturbios del carácter, modos de ser peculiares, estados depresivos, aislamiento, sensibilidad exagerada, incluso alusiones veladas al deseo de quitarse la vida, pero que en otras circunstancias fueron tomadas como "tonterías" o "payasadas". Los familiares del futuro suicida dejan de lado estas posibilidades o llamadas de atención sobre lo que está sucediendo (Díaz, 1971).

Es entonces que el suicidio pone al descubierto una profunda alteración que se origina en las constelaciones psicológicas de la vida infantil del sujeto. Esto ha sido corroborado por las investigaciones que se han realizado en el Centro de Prevención del Suicidio en la Ciudad de México en donde se ha podido profundizar ampliamente sobre la génesis del suicidio.

Díaz, op. cit., sostiene que, la experiencia obtenida permite afirmar que salvo los estados depresivos en los cuales el riesgo de suicidio es

muy alto y de lo cual están advertidos todos los especialistas en la materia, no son los únicos en los que se observan las conductas autodestructivas ya que en el resto de las enfermedades mentales pueden presentarse en algún momento dado, la expresión patológica del suicidio es decir se origina en las siguientes enfermedades Esquizofrenia, Psicopatía, Neurosis Obsesiva, Borderline, Histeria, Homosexualidad, Alcoholismo, etc.

Por otro lado, en los estudios que se han elaborado con respecto a los impulsos agresivos que son fundamentales en el caso del suicidio, tenemos que autores tales como: Díaz, (1971), Gordillo, (1990); Salomón (1976), Davison, (1980); Kaplan, y Saddock, (1988), Alonso, (1978), y Farberow, y Shneidman, (1969) coinciden en señalar que desde la época de Freud existen dos impulsos básicos que rigen el sistema inconsciente del individuo: El impulso amoroso o instinto de vida, fuente de la capacidad de relación interpersonal, y el impulso agresivo o instinto de muerte cuya finalidad es la destrucción

del ambiente y del propio sujeto. Ambos nacidos en la intimidad biológica del sistema nervioso, tienden a su satisfacción siguiendo una ley que se ha denominado " Principio del placer ". Sin embargo, menciona Díaz, (1971) no es dable al ser humano la completa satisfacción de estos impulsos, pues la educación y el medio ambiente les ponen necesariamente una limitación; esto es lo que se llama " El principio de la realidad ". Por lo tanto, los mecanismos mentales de salud psíquica establecen una adecuada armonía entre los dos impulsos por medio de una transacción entre los impulsos y la realidad. La satisfacción es necesaria para conservar la homeostasis psíquica del individuo, pero esta solamente es posible en cuanto se adapte a una realidad existente. Tan es así, que no se puede concebir a un ser humano privado de satisfacciones emocionales, porque su frustración produce conflictos muy favorables en términos de trastornos mentales.

Farberow, y Shneidman, (1969), Salomón (1976) y Davison, (1980) opinan que el suicidio es la ma-

nifestación autoplástica del impulso destructivo cuya finalidad es la misma persona. Además de que en el suicidio también hay asesinato; es decir, el suicida trata de matar, (y a veces lo consigue) a las personas que tienen significación emocional dentro de él. Este asesinato intrapsíquico pretende destruir a las figuras parentales que en la infancia le negaron el derecho a ser feliz, a ser querido, a ser autoestimado. La privación de estas necesidades básicas para el buen desarrollo emocional del ser humano, despierta un profundo odio hacia el padre o hacia la madre, pero como en la edad infantil el odio no puede ser expresado por el temor a perder la dependencia, se va acumulando dentro del niño estructurando una personalidad sado-masoquista. Es pues, el suicidio la culminación de esta personalidad: sádica en cuanto asesina al padre o a la madre y masoquista en cuanto liquida su propia vida.

Por otro lado, se puede hacer mención de que la pérdida del objeto amoroso es la causa más frecuente de los suicidios, y la muerte les da la oportuni-

dad de unirse eternamente con el ser perdido. La pérdida del objeto amado produce conscientemente el anhelo imperioso de recuperar al ser amado, pero como la realidad frustra este anhelo, el sujeto cae en un estado depresivo en el cual se recrimina y se culpa de la pérdida sufrida. Ante el anhelo de recuperar su objeto amoroso y al no lograrlo, los sentimientos hostiles son vueltos contra el propio sujeto quien se deprime como consecuencia.

Díaz, (1971) se refiere al sentimiento de "injusticia" como componente inicial que precipita los acontecimientos. El sujeto abandonado vive este abandono como una terrible injusticia que ha caído sobre su vida. Este sentimiento de injusticia se acrecenta porque está vinculado a similares situaciones acaecidas en su infancia. De la casuística obtenida se desprende que la historia previa del suicida ha estado plegada de acontecimientos dolorosos enraizados en la infancia. Abandono afectivo por parte del padre o por parte de la madre, humillaciones, rechazos y principalmente la falta de

afecto conforman una historia dolorosa cuyo substratum es la injusticia con que ha sido tratado un ser humano en sus primeros años.

De esta manera, el suicida en su excepcionalidad siente que los males sufridos sólo los puede remediar mediante la muerte de su yo. Para así, conseguir en la otra vida la paz y la tranquilidad que le fueron negados en ésta.

Al continuar hablando acerca del objeto amoroso se puede ver que en la vida presente del individuo está fuertemente vinculado a las imágenes de la niñez. La amante, la novia, la esposa del suicida en el fondo, la figura de la madre o del padre. Esta imagen del pretérito tiene vigencia afectiva en el presente, los afectos insatisfechos del pasado se han transferido al objeto amoroso actual. Por lo general, el suicida está hambriento de afecto. Su necesidad es tal que lo convierte en un insatisfecho de sus demandas amorosas; es un tirano del amor. Por lo mismo esta tiranía esconde dos sentimientos opuestos: el que ama y el que domina, y su afán posesivo

y dominante es de tal naturaleza que más que amor es agresión. Esto es lo que esconde la posesión desmesurada: la madre posesiva, el padre tiránico, el esposo celoso, el amante absorbente, son agresivos en su esencia.

Hasta el momento se ha visto que existen tres puntos de vista que se han dedicado al estudio del suicidio y concuerdan en percibirlo como aquel acto en que se atenta contra la vida misma. Con respecto a estas concepciones (Médica y Psiquiátrica, Sociológica y Psicológica) cabe destacar, que cada una de ellas hacen énfasis en las características que de alguna manera se correlacionan con la conducta suicida, así por ejemplo, en la primera de ellas se dice que el suicidio es una conducta a la cual están asociadas diversas psicopatías, con respecto a la segunda concepción se puede decir que se concibe al suicidio como el resultado del individuo dentro de la sociedad y finalmente la psicológica que hace alusión a los estados conscientes e inconscientes del ser humano, además de la reestructuración de la

personalidad. Al llevar a cabo el estudio de estas concepciones se hace patente que existe una clasificación de aquellas conductas suicidas, por lo que a continuación se abordan.

3.4 Clasificación de las conductas suicidas.

Es importante mencionar que en el caso de las clasificaciones realizadas acerca de las conductas suicidas se ha observado que estas carecen de componentes teóricos, en donde se incluyen desde las conductas no claramente observables como pueden ser: las ideas suicidas, hasta la conducta suicida existiendo entre estas, diversas manifestaciones y modalidades de dicha conducta.

1. Idea Suicida.

Las ideas suicidas son conductas preliminares de la misma conducta suicida. Mar Zúñiga. (1977) sostiene que estas ideas suicidas que llevan a actos suicidas, son síntomas de cuadros patológicos y por ello necesitan ayuda médica.

Dentro de las ideas suicidas existe una diferenciación que radica primeramente en que algunas

conlleven al acto suicida, mientras otras podrían adjetivarse como simples. La diferencia de la que se habla es cualitativa y se observa en casi todos los cuadros psiquiátricos. Por ejemplo, las personas "sanas" algunas veces tienen falsas percepciones, sentimientos patológicos o errores de juicio, pero eso no es la regla, sino la excepción, en cambio las personas " trastornadas mentalmente ", presentan dichos síntomas muy frecuentemente, lo cual también es observable en individuos que podríamos llamar " fácilmente trastornados", bajo la acción de presiones externas, enfermedades orgánicas graves, agudas, crónicas o de estrés, (Guerra, y Salazar, 1987).

2. Gestos suicidas.

Son aquellos actos en los que el paciente sabe perfectamente bien la acción farmacológica de las drogas que ingiere, o bien conoce el alcance de las lesiones que se producen (Stangel, 1965). Un ejemplo de estas conductas son aquellas personas que toman dos o tres pastillas inductoras del sueño, sabiendo que prácticamente no hay posibilidad de que muera,

en cambio su sueño es profundo y las amenazas de suicidio hechas a quien desearía "hacer que cambie" le produciría a este, gran alarma y sentimientos de culpa. Este tipo de pacientes no son muy comunes (Guerra, y Salazar, 1987).

3. Chantaje.

El chantaje del suicida es un método eficaz para conseguir lo que la persona desea. Entre este tipo de conductas podemos encontrar : las amenazas, las tentativas planeadas y las tentativas puestas en práctica.

Dentro de las tentativas puestas en práctica se puede ver que no son las más frecuentes en los casos de chantaje, por lo que respecta a las amenazas esta conducta se considera como el verdadero chantaje puesto que es cuando se reconoce o se confiesa, pero no se debe suponer que tales confesiones corresponden siempre a la realidad. El chantaje afectivo, como la mitomania es una tendencia patológica más o menos voluntaria y conciente a la mentira y a la creación de fábulas imaginarias, que

tiene una gran importancia. Hay personas a las que les gusta vivir situaciones trágicas, que les permitan compadecerse de sí mismos y también es posible suscitar compasión entre aquellos que están más allegados a él (ella), llamando la atención por una verdadera necesidad afectiva. Finalmente se puede mencionar el chantaje colérico, que es sensible a toda excitación, lo cual le provoca a la persona reacciones violentas (Moal, 1976 y Mar Zuñiga, 1977).

4. Avisos suicidas.

Como es sabido, los intentos suicidas han sido expresados mucho antes de culminar con el acto suicida de una manera directa e indirecta.

Los avisos consisten básicamente, en expresiones o insinuaciones verbales de conductas en general, que van dirigidos a las personas más significativas para el suicida (Stangel, 1965).

5. Notas suicidas.

Tan sólo una minoría de la gente que se suicida, deja un mensaje escrito hecho bajo un estrés emocional, estas notas por lo general contienen ex-

presiones de amor u odio, si bien es cierto, ellas confirman la importancia de la expresión de agresión contra otros en la motivación del suicidio especialmente el motivo de vergüenza y también el deseo de ser amado, aún después de la muerte, los que las escriben parecen estar profundamente interesados en lo que va a suceder después de la muerte (Stangel, 1965).

6. Intentos suicidas.

En el intento de suicidio el paciente se autolesiona, tiene la idea de morirse aún en el caso de que los tóxicos que ingiere o las lesiones de otro tipo que se produzcan, no basten para morir. Lo más importante para su clasificación es la convicción del paciente, de que con lo que va a tomar o con las lesiones que se va a producir, morirá aún en el caso de que se trate de unas aspirinas o lesiones en la venas (Hyman, 1990).

Existen otros tipos de definición de lo que son los intentos suicidas, por ejemplo, Weiss citado por (Stangel, 1965) incluyó en todos los casos una

descarga de tendencia agresiva, autodirigida a través del juego con la muerte y de probabilidades letales variables, también afirma que la mayoría de las veces, se trata de una suplica de ayuda; en otros se trata de una necesidad de castigo y de un juicio por el acto pseudosuicida. Al respecto Stangel, (1965) afirma que el intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infringido con intención autodestructiva, aunque esta sea vaga o ambigua, en ciertas ocasiones esa intención se tiene que inferir de la conducta del paciente.

Ya se hablo de la clasificación sobre las conductas suicidas, pero ahora, habría que aclarar que también existe una clasificación en cuanto a los tipos de suicidio que existe dentro de la literatura, por consiguiente, se habla de ellos de manera muy general en el siguiente apartado.

Tipos de suicidio.

Los alinealistas se han preocupado poco de la clasificación de los diversos tipos de suicidio que hay, Jousset y Moreau de Tours (en Durkheim, 1990)

consideran que son cuatro tipos de suicidio los más importantes, entre ellos se encuentran: el maniático, el suicidio melancólico, el suicidio obsesivo y el suicidio impulsivo o automático. Por su parte Guerra y Salazar, (1987) hacen referencia a tres tipos de suicidio: acto suicida o suicidio consumado, y pacto suicida (suicidio de pareja) o suicidio colectivo, Así mismo Durkheim (1952) distinguía tres tipos de suicidio de acuerdo con el tipo de perturbación en relación entre la sociedad y el individuo, y son : suicidio egoísta, suicidio altruista y suicidio anómico. Finalmente Alonso, (1978) postula otros cuatro tipos de suicidio que son: suicidio frustrado, suicidio encubierto, suicidio pasivo, y el último suicidio parcial o la automutilación.

Suicidio Maniático.

Se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginaria o por obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc. Los motivos de este suici-

dio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que derivan: la Manía, lo que distingue esta afección es su movilidad. Las ideas y los sentimientos más diversos se suceden, con una extraordinaria ligereza, en el espíritu de los monomaniáticos, se trata entonces de un perpetuo torbellino: a penas nace un estado de conciencia, otro lo reemplaza, lo mismo ocurre con los móviles que determinan el suicidio maniático: nace, desaparece y se transforma con una asombrosa rapidez. De repente la alucinación o el delirio, que conducen al sujeto a suicidarse, aparecen y resulta de esta aparición la tentativa del suicidio; luego en un instante, cambia la escena y si el ensayo aborta, no comienza de nuevo, al menos de momento. El insidente más insignificante puede ocasionar estas transformaciones bruscas, Jousset y Moreau de Tours (en Durkheim, 1990).

Suicidio Melancólico.

Se relaciona con el estado general de extrema depresión, de exagerada tristeza, que hace que el

enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y cosas que lo rodean, los placeres carecen para él (ella) de atractivos, lo ve todo negro; la vida le parece fastidiosa y dolorida. Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea de suicidio; están dotadas de gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos.

A menudo en esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Solo que no tienen la movilidad que se observa en los monomaniacos; por el contrario son fijas, como el gesto general del que derivan, los temores que tornan al sujeto, los reproches que dirigen y los pesares que sienten son siempre los mismos. Si esta forma de suicidio está determinada por razones imaginarias, como la precedente, se diferencia de ella por su carácter crónico y es muy tensa, Jousset y Moreau de Tours (en Durkheim, 1990). Los enfermos de esta categoría preparan con calma su ejecución y des-

pliegan en la persecución del fin propuesto una perseverancia y una astucia a veces increíble.

Suicidio Obsesivo.

Durkheim, (1990) menciona que en este caso el suicidio no se causa por motivo alguno real ni imaginario, sino sólo por la idea fija de la muerte que sin razón sólida alguna se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo. Este está obsesionado por el deseo de matarse, aunque sepa perfectamente que no tiene ningún motivo racional para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva, sobre la que la reflexión y el razonamiento carecen de imperio, análoga a esas necesidades de robar, de matar, de incendiar, de las que se han querido hacer otras tantas monomanías. Como el sujeto se da cuenta del carácter absurdo de su deseo trata, por lo tanto, de luchar contra él. Pero todo el tiempo que dura esta resistencia esta triste, oprimido, y siente en la cavidad gástrica una ansiedad, que aumenta por días; por esta razón se ha dado lugar algunas veces a esta clase de suicidio denominado suicidio ansioso.

4. Suicidio Impulsivo o Automático.

No es más motivado que el precedente, carece de razón de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Solo que en lugar de producirse por una idea fija, que atormenta al espíritu durante algún tiempo más o menos largo y que domina progresivamente su voluntad, resulta de una impresión brusca e inmediatamente irresistible. En un abrir y cerrar los ojos surge la idea en su plenitud y suscita el acto o, al menos, un comienzo de ejecución. En este período el suicidio estalla y produce sus efectos como un verdadero automatismo, sin que la preceda antecedente alguno intelectual. La vista de un cuchillo, el pasar sobre el borde de un precipicio, por ejemplo, hacen aparecer instantáneamente la idea del suicidio, y el acto le sigue con tal rapidez que frecuentemente los enfermos no tienen conciencia de lo que pasa. Durante esta fase en un grado menor los enfermos sienten nacer la impulsión y tratan de escapar a la fascinación que ejerce sobre ellos el instrumento de la muerte, huyendo inmediatamente,

(Durkheim, 1990).

5. Acto suicida o Suicidio Consumado.

Guerra, y Salazar, (1987) mencionan que cuando las lesiones que se produce la persona a sí misma le ocasionan la muerte, se dice que ha cometido un suicidio, ante este acto se admite que la intención de la persona ha sido consciente, sin embargo, la experiencia clínica de los autores indica que algunas muertes son violentas, tales como los acaecidos en accidentes automovilísticos, en motocicleta o de otro tipo, como verdaderos suicidas con motivación inconsciente. También suele considerarse como posible suicida a aquellas personas que frecuentemente se autolesionan "accidentalmente". Los aficionados al paracaidismo, los jugadores de la ruleta rusa, así como los que descuidan su salud se mezclan en actividades ominosas que provocan reyertas, se inclinan en el alcoholismo o en la drogadicción por tanto se les llama suicidas, ya que no confiesan su deseo de quitarse la vida, si bien persisten con tenacidad en tal deseo (Eisenberg, Margain, 1978 y

Mar Zuñiga., 1977).

6. Pacto Suicida (Suicidio de Pareja), Suicidio Colectivo.

El pacto suicida o suicidio colectivo es aquel en el que eventualmente dos o más personas se suicidan juntas, contrariamente a la creencia común, la proporción de amantes que se matan es muy reducida, pues la mayoría son personas enfermas cuya decisión fue igualmente compartida, la iniciativa habitualmente deriva de uno de los dos. Existen ciertas constelaciones típicas: el iniciador puede sufrir de una enfermedad depresiva, la que tiene un notorio efecto depresivo sobre quien vive con él (ella); o los dos pueden ser viejos o enfermos; o dos personas pueden haber sido sorprendidas en un enredo extramarital. En algunos casos de suicidios dobles se tiene una antigua creencia de que morir juntos produce una unión bien aventurada después de la muerte, 'y desempeña un papel en la motivación (Stangel, 1965. en: Guerra, y Salazar,).

7. Suicidio Egoísta.

Caracterizado según Durkheim, (1990) como un anormal individualismo, este tipo de suicidio era el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y de hecho de estar insuficientemente integrado en ella.

8. Suicidio Altruista.

La gente sobre la que la sociedad tenía una influencia demasiado estricta y que a la vez tenía muy poco individualismo y sentido del deber. A esta categoría pertenecían el anciano y el enfermo. Por ejemplo, las mujeres que seguían a sus maridos en la muerte, los seguidores o sirvientes que se mataban tras la muerte de sus jefes, Durkheim, 1952, (en: López, 1989).

9. Suicidio Anómico.

Si la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales, eran manifestaciones

de la anomia que desembocaban en trastornos de la organización colectiva, lo que a su vez reducía la inmunidad del individuo contra las tendencias suicidas. En consecuencia, los suicidios eran menos habituales entre los católicos romanos que entre los protestantes (Durkheim, 1952 en: Stangel,).

10. Suicidio Frustrado.

Alonso, (1978) menciona que el suicidio frustrado no ha llegado a consumarse porque ha intervenido alguna circunstancia casual o una tercera persona que lo ha impedido. De este tipo de suicidio hay múltiples ejemplos como son: el coma tóxico profundo, neutralizado en una unidad de cuidados intensivos, el ahorcamiento cianótico, cuya soga es cortada a tiempo para que salve su vida. Los factores determinantes del suicidio frustrado son idénticos a los del suicidio consumado.

11. Suicidio Encubierto.

Se realiza así, apareciendo en forma de accidente casual, para que la familia obtenga alguna ventaja económica o no se vea contaminada por la

vergüenza producida por el suicidio de un familiar. Entre los peatones, los conductores de automoviles y los accidentados laborales se producen la mayor parte de los suicidios encubiertos, (Alonso, 1978).

12. Suicidio Pasivo.

Es el de los sujetos que no realizan (activa- mente) los medios para evitar el final de otro modo irremediable, (Alonso, 1978). Es el caso del sujeto que no abandona el tabaco a pesar de su desesperado estado coronario. Necesita tomar una decisión liberadora y se deja llevar por la inercia. Algunas anoréxias mentales realizan con su negación a alimentarse una conducta de suicidio. Lo mismo, sucede con ciertos sujetos que rechazan la administración de medicamentos imprescindibles.

13. Suicidio Parcial o la Automutilación.

Desde el punto de vista psicodinámico y motivacional, posee una impronta de autodestrucción que no existe en los demás actos suicidas. En realidad constituye muy pocas veces un suicidio. Al respecto el autor Alonso, op. cit., menciona que en este caso

se trata, simplemente, de fenómenos de base psicológica completamente distintos.

Por último y con respecto a este punto, queda por mencionar que, el hombre es el único ser que tiene el privilegio de poder elegir el modo de morir. De tal manera que el acto suicida queda así catalogado en las modalidades de conducta como un acto entretejido más o menos por impulsos y decisiones, que es totalmente ajeno a un condicionamiento instintual. Casi siempre implica una demanda de afecto y amor, una solicitud de ayuda, un grito de socorro o un intento de cambiar de situación.

En general, se ha abordado el tema del suicidio, en el que se tiene en cuenta que este es un acto que realiza la víctima, pero hasta el momento no se ha reparado en aquello que se utiliza para llevar a cabo el intento o acto suicida, por tal motivo, a continuación se hace alusión a los métodos que de alguna manera contribuyen a la autodestrucción.

Métodos de elección de consumación o intentos suicidas.

Para el que dice suicidarse, el método o la forma, es lo de menos. Lo fundamental es tratar de consolidar el hecho. A través de la historia el procedimiento para " liberarse " de este mundo, ha consistido en las más insólitas maneras de poner fin a su vida, (Domínguez, 1993). Las formas han cambiado como han mudado los tiempos. Antaño se imponía entre la mayoría de los suicidas el ahorcamiento, la defenestación y otras formas de salto al vacío, la inmersión, el gas y las heridas de piel y vasos (Alonso, 1978). A estos métodos agrega Domínguez, op..cit., el sumergirse en el agua, pasando por la inmolación (sacrificio) o la incineración, hasta formas que se hayan en lo inaudito, el uso de armas de fuego, por ejemplo, se impone en los tiempos actuales.

Hoy en día se extiende de modo arrollador la intoxicación por productos medicamentosos, sobre todo fármacos antidepresivos, psicorelajantes e hipnó-

ticos. A menudo una combinación de fármacos, también se ha vuelto muy frecuente como ya se mencionaba el suicidio por armas de fuego.

Algunos métodos disponen para el candidato suicida la posibilidad favorable de que complican mucho la tarea de identificar aquella muerte como el producto de un suicidio, lo cual implica muchas veces ventajas económicas frente a los seguros de vida y además se evita con ello la pérdida del prestigio social a los familiares. Así ocurre con muchos peatones atropellados por vehículos y con algunos conductores que fallecen a causa de un accidente de automóvil (Alonso, 1978).

En todos los tiempos han existido métodos de suicidio más seguros y violentos que los demás, y son precisamente, los más usados en los suicidios consumados o frustrados. En cambio, en las tentativas de suicidio se usan preferentemente los más dulces y menos seguros. Al respecto Kaplan, y Sadock, (1988), Sherr, (1992); Farberow, y Shneidman, (1978); Domínguez, (1993) y Guillon, y Bonniec, (1991) coin-

ciden en señalar que son los hombres quienes utilizan los métodos más violentos para suicidarse, esto a diferencia, de la mujer, quien usa métodos más tranquilos.

Entre los medios más violentos y seguros para el éxito del acto se hallan el ahorcamiento y las armas de fuego, los cuales ocupan los primeros lugares en los suicidio y pierden bastante peso en las tentativas de suicidio. En estos predominan las intoxicaciones medicamentosas y el uso de gas aluminado. Por lo tanto, las dos técnicas que menos fallan son el ahorcamiento y la extrangulación. La diferencia de la elección de las técnicas radica o se debe a dos factores immanentes, en primer término se puede hablar de muchas tentativas, en donde la intención suicida es menos intensa; en segundo término debido al frecuente desconocimiento de los efectos reales producidos por el medio de autodestrucción elegido.

De acuerdo con lo ya planteado, se puede decir, que en cada lugar hay una forma de suicidio predi-

lecto, ya que incluso, muchas veces se recurre al mismo lugar o ha los mismos métodos para intentar o consumir el suicidio.

Si se centra la atención en la sobre dosis de drogas es, por mucho, el método de elección más común del intento suicida entre los niños y los adolescentes (Sherr, L., 1992). La sobredosis de drogas en 88 % fue descompuesta en: Analgésicos de uso casero en 37 %, Benzodiacepinas en 24 %, Barbitúricos en 19 %, Fenotiacinas, Solventes, Inhalantes y drogas callejeras en 5 %.

Al hablar de los medicamentos que mayormente se utilizan por los individuos suicidas, encontramos que entre estos se pueden mencionar algunos que son de uso común en la población en general, por lo tanto, son fáciles de obtener. Respecto a este punto Guillon, y Le Bonniec, (1991) hacen un listado de medicamentos y sustancias que son empleadas por los suicidas.

1. Medicamentos.

La administración por vía intravenosa o intra-

muscular de una dosis suficiente de los siguientes productos provoca un coma por depresión del sistema nervioso central y del sistema respiratorio.

1. Los barbitúricos.
2. Los somniferos no barbitúricos
3. Los analgésicos considerados mortales entre sí.
4. Los tranquilizantes
5. Los antidepresivos
6. Los cardiotónicos
7. El curare y sus derivados.

2. Sustancias Tóxicas.

Entre estas sustancias algunas resultan adecuadas (las seis primeras), pero otras, (las cinco restantes) francamente son desaconsejables debido a los efectos colaterales que resultan cuando el suicidio no fue consumado.

1. Cloral
2. Cicuta
3. Colquico
4. Cianuro de Potasio

5. Morfina
6. Nicotina
7. Anhídrido Arsenioso
8. Belladona
9. Deladera
10. Ricino
11. Estricnina.

Una vez enlistadas las sustancias tóxicas y los medicamentos, se puede notar que algunos de ellos son muy fáciles de obtener, puesto que se encuentran a la venta al público en general, esto aún cuando para su obtención se requiere de una receta medica o algún documento en donde se especifique o se justifique su uso. En cuanto a la dosis que hay que ingerir, está varia dependiendo del medicamento o sustancia, así mismo, se toman en cuenta los efectos que resulten de su ingestión es decir, cuando una persona no muere por envenenamiento, los daños que causa a nivel digestivo son irrevocables, y es debido a ello que existen sustancias que son recomendables y que otras no lo son; sin embargo, este

no es el único método que puede conducir a la tentativa del suicidio o al suicidio consumado, sino que son muchos los métodos que se pueden emplear y en la mayoría de los casos eso no es lo que le importa al suicida, sino que su interés se centra en la realización del acto, ya sea por que quiere morir o por que quiere llamar la atención de los demás.

Así como se emplean diferentes mecanismos para el suicidio, las causas difieren y se multiplican, sobresaliendo el problema psiquiátrico y de acuerdo con la terminología psicológica los suicidios son alineados, histéricos, esquizoides y depresivos, por lo tanto, en la mayoría de los casos se tienen datos que demuestran que las causas obedecen a cuestiones mentales.

Epidemiología del Suicidio.

Sherr, (1992) declara que la Epidemiología puede definirse como "el estudio de la distribución y las causas determinantes de padecimientos y heridas en poblaciones humanas". A pesar de que el suicidio no es una enfermedad per se, sin duda podría ser

considerada como una herida en términos de la definición.

Por su parte Alonso, (1978) menciona que la etiología fundamental del suicidio consiste, en la práctica, en una situación de ciertas características o en una constelación de factores biopsicosocioculturales.

El suicidio es siempre el producto de una situación, entendiendo por situación el perfil propio de las relaciones entre el hombre y su mundo. También se ha definido la situación como el modo de insertarse el sujeto en el medio ambiente. Este concepto de situación es muy globalista y comprende las características del individuo, las del ambiente y las relaciones entre ambos. En la situación quedan incluidos los factores: psicológicos, psicopatológicos, físicos; socioculturales, y la relación entre estos (Alonso 1978).

La etiología del suicidio exige una visión globalista en la perspectiva de la situación y la constelación de los factores, ya que casi nunca se

atiende a la intervención de agentes aislados.

Las causas del suicidio.

El acto suicida es por sí mismo la comunicación de que un problema necesita solución. Casi a todo acto suicida le precede un grupo de signos y síntomas que el Dr. Ringel (en: Mar Zúñiga, 1977) lo llama "Síndrome presuicida".

Características principales de un individuo suicida

1. Sentimientos de culpa y soledad
2. Unión fantaseada con seres queridos después de la muerte.
3. Ideas y sentimientos de autodestrucción.
4. Cansancio, irritabilidad y amenazas suicidas.
5. Desprecio, desesperanza y llanto.
6. Insomnio, ansiedad y desinterés.
7. Imposibilidad para ver otras soluciones.
8. Odio a otros y así mismo, autoacusaciones.

El aspecto autodestructivo de la motivación hacia el suicidio es complejo. Para algunas personas, el suicidio puede proporcionar una oportunidad de recuperar cierto sentimiento de dominio de su

destino. Psicodinámicamente, las personas deprimidas creen que son incapaces de controlar su vida de otra forma.

Causas psicodinámicas más frecuentes en el suicida.

1. El agotamiento de los recursos personales del ego y la desesperanza.

2. El agotamiento de los recursos tanto de la familia como del medio ambiente y la falta de significados alternantes.

3. La presencia de una crisis que no tiene solución por los mecanismos habituales de lucha.

4. La necesidad de encubrimiento del estado patológico

5. La necesidad de prolongar o mantener la homeostasis patológica para prevenir cambios o separación.

Desde el punto de vista interaccional, cuando el coraje se dirige al exterior, se establece una relación entre el que lo manifiesta y el que lo recibe. Cada persona posee múltiples formas para demostrar el sentimiento "desearía que murieras".

La persona suicida llega a la conclusión de que al matarse, puede matar a la otra persona de una manera simbólica. Así, se ha encontrado que la nota suicida provoca mucho estrés y sentimientos de culpa aún cuando la nota "habla" de los problemas individuales del suicida y su incapacidad de resolverlos, (Rudestam, 1987).

Entre los móviles de los suicidas libres de factores psicopatológicos suelen encontrarse algún conflicto psicológico grave con el ambiente, que es vivido con profundo temor físico o moral, con fuerte sensación de desamparo y momentos de desesperación o con una tremenda voluntad de vergüenza: los amores contrariados son el factor psicológico que más a menudo aparecen en los suicidas femeninos.

Alonso, (1978) considera que en tanto en el suicidio abundan más los factores psicopatológicos que los conflictos psicológicos, en las tentativas ocurre al revés. En el 85 por 100 de los suicidios interviene en un grado importante una afección psicopatológica, y el 15 por 100 restante un importan-

te conflicto psicológico. Las proporciones se modifican bastante a favor de los conflictos psicológicos en las tentativas de suicidio.

Factores Psicopatológicos de Alto Riesgo.

En general los factores de alto riesgo pueden dividirse en dos partes:

- a) los específicos y
- b) los no específicos, que pertenecen al tan mencionado efecto de imitación.

Los factores específicos son factores con los que el paciente tropieza directamente. Generalmente la enfatizante teoría acerca del suicidio se ha desarrollado en dos amplias categorías. Una es el "modelo médico-psiquiátrico", que incluye como causas, factores físicos y psicológicos. Este modelo contempla al suicidio como el resultado de un trastorno mental o padecimiento físico heredado. La otra es el "modelo estadístico-social", que pone principal énfasis en las influencias ambientales tales como causas de estados mentales y físicos, (Sherr, 1992).

Cuadro 1. Factores de alto riesgo.

- | |
|---|
| <p>A) Factores No Específicos:
- El efecto de la alimentación.</p> <p>B) Factores Específicos:
1. síntomas médicos psiquiátricos pasados y presentes.
2. comportamiento suicida previo.
3. padecimiento psiquiátrico de la historia familiar.
4. factores de la dinámica familiar.
 a) desacuerdo o rompimiento familiar
 b) empleo de los padres.
 c) maltrato del menor.
5. rendimiento escolar.</p> |
|---|

El Presente cuadro se centra en los factores de alto riesgo significativos que se han establecido de ambos modelos, (modelo medico-psiquiátrico y modelo estadístico-social) sin contemplar a ninguno como mutuamente excluido del otro.

Factores de Alto Riesgo No Específicos.

La investigación reciente confirma la existencia de una relación estadística importante entre la media de la extensión del suicidio y los incrementos temporales asociados con las tasas de suicidio, específicamente entre adolescentes. Este incremento temporal en el comportamiento suicida representa el tan mencionado "efecto de imitación" o "efecto de

Werther", que describe la influencia de la sugestión en el suicidio (Sherr, 1992).

En efecto se ha demostrado este hecho en información general de historias de películas acerca del suicidio por televisión, en películas de ficción a través de la televisión, en poemas y novelas acerca del suicidio y en reportajes periodísticos relacionados con muertes por suicidio.

De todas estas fuentes, el incremento en la tasa de suicidios es directamente proporcional a la fama o atractivo de la persona que se ha suicidado y a la propagación de la noticia. Por tanto, se puede concluir que el "efecto de Werther" tiene las características generales del aprendizaje por imitación.

Factores Específicos de Alto Riesgo.

1. Síntomas médicos-psiquiátricos pasados y presentes.

Enfermedad Física: Cualquier enfermedad crónica que prive al individuo de su expectativa de vida plena o preocupación hipocondriaca con enfermedad

que puede representar la pérdida imaginaria de esta realización, son factores importantes en el suicidio. La enfermedad física y el comportamiento suicida tienen correlación entre poblaciones de alto riesgo incluyendo a jóvenes y adultos. El 51% de los adolescentes que intentan suicidarse han demostrado padecer de problemas médicos, (Sherr, 1992).

Además de los factores directos de la enfermedad física en el comportamiento suicida, necesitan considerarse los efectos secundarios de la enfermedad física, particularmente si el dolor o la cronicidad están presentes. El desarrollo de un abuso crónico de sustancias como medio para enfrentarse a una enfermedad prolongada es de particular importancia. Puede, finalmente, conducir a una depresión más severa y, por tanto, incrementar el riesgo de suicidios.

Con respecto a las enfermedades físicas, se tiene que actualmente las más difundidas son: el cancer y el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida), las cuales se han propagado debido a

la problemática tanto física como psicológica que acarrea para el individuo en el que se desarrolla sin embargo, se tienen datos de que en la mayoría de estos casos el individuo no intenta autodestruirse, sino que trata de vivir su vida o lo que le queda de vida de la manera más adecuada, es decir, intenta adaptarse a su enfermedad y la afronta.

Síntomas Psiquiátricos: La incidencia de los trastornos psiquiátricos presentada en quienes contemplan suicidarse varia entre un 50% y un 90% . Sherr, (1992) menciona que de la literatura, resulta totalmente claro que los niños y adolescentes psiquiátricamente perturbados presentan un riesgo mucho más alto en términos de comportamiento suicida que en la población en general. Trastornos psiquiátricos específicos que se encontraron comúnmente entre quienes se suicidan incluyen:

1. **Neurosis.** Entre los neuróticos fásicos los únicos que alguna vez se suicidan son los del tipo histérico. Y entre las personalidades neuróticas, las que presentan una depresión o están combinadas con

radicales psicopáticos consuman el acto. Según Colanna (1971), muchos histéricos intentan el suicidio y el 4% de ellos fallecen a consecuencia del intento.

2. Esquizofrenia. Alonso, (1978) y Sherr (1992) coinciden en señalar que en la esquizofrenia, el condicionamiento del suicidio puede consistir en el autismo, en alucinaciones auditivas o en vivencias delirantes primarias. Por ello se acumula especialmente en las esquizofrenias paranoides. En el curso de los tratamientos neurolépticos sobre viene con cierta frecuencia la depresión vital fármacogena, que implica un alto riesgo de suicidio. Muchos suicidios de esquizofrénicos se producen en forma de actos impulsivos o raptus incomprensibles e incongruentes.

3. Psicosis. El paciente psicótico que es impulsivo y suspicaz, temeroso en exceso o sujeto a estados de pánico deberá ser considerado como un suicida potencial. El riesgo está grandemente aumentado si, además, el paciente escucha voces que le ordenan que se mate, (Salomón, 1976).

4. Depresión. La depresión es el precursor más común del suicidio y el paciente deprimido que exhibe los síntomas siguientes en forma intensa deberá ser considerado como un riesgo grave:

1. culpa en especial por un familiar fallecido
2. sentimiento de insignificancia y desesperación.
3. deseos intensos de castigo.
4. aislamiento y decepción.
5. Agitación extrema y ansiedad.
6. pérdida de los 4 apetitos: hambre, sexo, sueño y actividad.

Con respecto a este punto autores como: Sherr, (1992), Salomón, (1976), Alonso, (1978), Kaplan y Saddock (1989); coinciden en señalar que la depresión es un fenómeno que comúnmente conduce al suicidio, pero además Reyes, (en Monroy, 1992) presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología, añade que la depresión es una enfermedad que sumerge al individuo en una situación de angustia que difícilmente

puede superar, es la causa de por lo menos 85% de los casos de suicidio.

5. Alcoholismo y Drogadicción. El alcohol y otras drogas por sus efectos de debilitar los controles, pueden contribuir materialmente al impulso suicida (Salomón, 1976). Pero además, plantea, Alonso (1978) los alcohólicos pueden suicidarse en el curso de una embriaguez o sin haber bebido. Suelen obrar movidos por sentimientos de soledad y desesperanza que integran la constelación alcoholomaníaca básica o por una depresión. Muchos niños que se suicidaron, de haber seguido viviendo se hubieran vuelto alcohólicos (González 1992, Domínguez 1993; F. Monroy 1992 y Sherr 1992).

6. Enfermedades Somáticas. Los factores somáticos que más se relacionan con el suicidio son los padecimientos funcionales psicosomáticos, y las alteraciones orgánicas graves, especialmente el cáncer (Alonso, 1978).

7. Intervención quirúrgica o parto. El nacimiento de un bebé puede causar una reacción depresiva

patológica en algunas mujeres. Las intervenciones quirúrgicas mayores, en especial las mutilaciones o substracción, pueden vincular un riesgo semejante, (Salomón, 1976).

8. Hipocondriasis. Las quejas físicas constantes y variadas sin causa orgánica pueden enmascarar una depresión peligrosa subyacente, (Salomón, op. cit.).

9. Homosexualidad. Los homosexuales están sujetos a desajustes emocionales y depresión, por lo que la frecuencia de suicidio es muy elevada.

10. Aislamiento social. Esto frecuentemente indica que las demás personas ya no pueden ayudar y significa que la depresión es seria, (Kaplan, 1989).

11. Desajuste crónico. El paciente con una larga historia de relaciones interpersonales turbulentas o insatisfactorias constituye un riesgo malo, (Alonso 1978 y Davison 1980).

12. Edad avanzada. Particularmente en varones, la edad avanzada con la idea concomitante de haber fallado y "de no haber logrado" o "de haber dejado

pasar la vida" puede inducir el sentimiento de que la vida no vale la pena de ser vivida. En algunas mujeres la menopausia con los sentimientos concomitantes de depresión y pérdida de valor como mujer constituyen una época de riesgo suicida, (Sherr 19-92, Salomón 1976 y O'Connor 1990).

13. Bancarota. El paciente sin dinero, trabajo, amigos o prospectos futuros tiene menos estímulos para vivir que aquel que tiene éxito financiero y social (Salomón 1976).

Hasta el momento se han enumerado algunos de los síntomas médicos y psiquiátricos que conllevan al suicidio, sin embargo, de todos ellos los más importantes son: la esquizofrenia, el alcoholismo, la drogadicción y el aislamiento social, su importancia radica en el alto índice de sujetos que intentan suicidarse o que consuman el suicidio. No obstante, no se puede dejar de lado, los otros aspectos, puesto que de alguna manera puede existir una correlación entre uno y otro.

2. Comportamiento suicida previo.

Las estadísticas revelan que entre el 8 y el 60% de los pacientes que han tenido un intento suicida tienen intentos repetitivos. Las tasas y rangos de comportamiento suicida entre preescolares, escolares entre los 6 y 12 años y adolescentes, han sido discutidos ampliamente en la sección de epidemiología del suicidio, (Sherr 1992). De las estadísticas disponibles, existe el consenso de que el comportamiento suicida del pasado se correlaciona fuertemente con el comportamiento suicida repetitivo. Habiendo tenido un intento suicida, esto es, habiendo demostrado un cambio en el valor y en la voluntad como consecuencia de una inadaptación en la forma de enfrentar la vida, el comportamiento suicida futuro parece ser alterado, a menos de que la experiencia haya sido aversiva para el individuo. No importa el grado o la frecuencia de la conducta suicida, todos los individuos que exhiben tal comportamiento deben ser tomados en serio y totalmente evaluados por el personal de la salud.

Con lo anterior se pretende entender que el individuo suicida puede intentar varias veces suicidarse ya sea hasta que consuma el acto o hasta que haya conseguido lo que planeaba.

Padecimientos psiquiátricos de la historia familiar

En un estudio realizado en Ontario, los padecimientos psiquiátricos fueron identificados en el 62% de las familias del grupo experimental, mientras que solamente se encontraron en el del grupo control 16% (una diferencia altamente significativa). La proporción fue 20% más alta para los padres que para las madres, y un 10% más alta para los hermanos en el grupo experimental en comparación con el grupo control. El abuso de drogas o de alcohol fueron, el trastorno psiquiátrico más comúnmente encontrado en las familias del grupo experimental, (Sherr 19-92). Parece ser que la alta proporción de enfermedad mental en la familia de aquellos que intentan un suicidio durante la juventud, sugiere algún tipo de relación casual, ya sea genética, ambiental o ambas.

Tomando en consideración lo planteado ante-

riormente se demuestra que hay una correlación entre la historia familiar de padecimientos psiquiátricos y el comportamiento suicida, así también se demuestra la correlación entre el comportamiento suicida parental y el comportamiento suicida de los hijos.

Sherr (1992) menciona que dentro de la literatura, es evidente que la psicopatología o el comportamiento suicida en las familias se correlaciona con comportamientos suicidas durante la infancia y la adolescencia.

Evidentemente, en los casos donde los padres o alguno de los padres han intentado suicidarse o se ha consumado este acto, se considera que puede existir una tendencia al suicidio por parte de los hijos, aunque esto no necesariamente se da.

Factores de la dinámica familiar.

a) Desacuerdo o rompimiento familiar.

En un estudio realizado en Ontario, los adolescentes que mostraban comportamientos suicidas habían experimentado muerte o separación de los pa-

dres tres veces más frecuentemente que el grupo control, y divorcio parental casi dos veces más a menudo. Los padres estaban ausentes en casi el 50% de los sujetos en el grupo experimental en comparación con el 14% del grupo control. En la mayor parte de las familias con un solo padre, la madre estaba criando al hijo: y las madres de más de la mitad de los que habían intentado suicidarse trabajaban fuera de casa. Sherr (1992) menciona que estos hallazgos describen un rompimiento de la unidad familiar, primero como resultado de la ausencia del padre. La mayor parte de los hijos separados de ambos padres estaban viviendo en casas hogares; la proporción de los que intentaban suicidarse y que habitaban en estos lugares fue cerca de ocho veces más alta que la del grupo control. La falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores casuales del comportamiento suicida en la juventud. Aún más, la desorganización familiar está más considerada como la norma entre los adolescentes suicidas.

Al respecto puede decirse, que parece evidente que la ausencia de uno de los padres pudiera ser el factor que contribuye a fomentar el comportamiento suicida en los jóvenes. Sin embargo, dentro de la literatura existen datos muy confusos con respecto a si las conductas suicidas se desencadenan por la muerte de uno de los padres.

Además algunos autores confirman que la familia experimenta tensión como resultado tanto por el desempleo del padre como por la ausencia de la madre en el hogar. Esto sostiene la idea de que la tensión familiar que resulta de los problemas económicos es un factor en el rango completo del comportamiento suicida de niños y adolescentes.

Continuando con la línea de lo familiar, F. Monroy (1992) plantea que el Director del Semefo (Servicio Médico Forense) aseguró que va en aumento la incidencia de suicidios en niños entre los once años y quince años de edad, que se quitan la vida por problemas que se hubiesen podido solucionar si existiera mayor comunicación con sus padres.

Efectivamente los jóvenes y no solo ellos necesitan ser orientados y apoyados para salir adelante, claro que cuando no se tiene el apoyo de los padres es muy difícil salir adelante, pero no imposible, puesto que se puede recurrir a otras personas. Sin embargo, cuando esta ayuda es negada por los padres, los hijos se pueden conducir por diferentes caminos y uno de ellos puede ser el suicidio.

Al hablar de los adolescentes suicidas, se toma en cuenta la Terapia Familiar Sistémica debido a que se señala que ésta tiene eficacia a partir de que se respeta activamente a los miembros de la familia, puesto que se les incluye en el proceso de tratamiento, (Fishman 1990). En esta terapia la familia no es contemplada como un estorbo externo capaz de malograr la terapia, ni como un mal necesario, sino como un recurso para facilitar el reestablecimiento. De aquí, que resulte conveniente analizar los tipos de familias que existen y que de alguna manera conducen al adolescente a tomar una decisión como es la de autodestruirse.

De esta manera autores tales como: Fishman (1990), O'Connor (1990); Sherr (1992), Durkheim (1990) y Alonso (1978) señalan que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio en adolescentes. Teicher Joseph y Jacobs Terri (1966) observaron que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propios que le permitan al joven enfrentar sus problemas y tensiones asociadas con la adolescencia. Petzel Sue y Riddle Mary (1981), mencionan que la pérdida de uno de los padres, los conflictos familiares y una diversidad de características parentales disfuncionales tales como: problemas emocionales, problemas de salud y actitudes negativas en las relaciones padre-hijo, son todos los factores coadyuvantes.

Los investigadores han comprobado que la tensión familiar, en especial la resultante del conflicto marital y entre padres e hijos son factores clave en la tendencia a suicidarse. Ante esto Sab-

batch Joseph (1969) considera que los adolescentes que intentan suicidarse tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos. Los adolescentes manifiestan que en sus hogares, se observa que están dominados por peleas frecuentes, malestares y desorganización emocional, y hay un agudo resentimiento hacia los padres y/o padrastros, acompañada por una creciente incomunicación. De hecho se ha establecido que el conflicto grave entre el adolescente y las figuras parentales es el factor aislado más comúnmente observado en los casos de remisión urgente, debido a intentos o amenazas de suicidio.

Fishman (1990) postula que aún en los casos en que los problemas principales se encuentran en el contexto más amplio, la familia refleja y a menudo irrita, las presiones externas que sufre el adolescente. Una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba como más catastróficas de lo que en realidad son.

En tanto el factor clave para amortiguar las tensiones o presiones de los padres, del colegio y de la sociedad y para aliviar potencialmente el sufrimiento, la familia es el mecanismo a través del cual se mantiene el sentido fundamental del sí mismo y del propio bienestar. Por consiguiente el contexto que brinda la familia debe hacerse lo más favorable y coherente que sea posible.

Una falta de coherencia en el contexto familiar puede producir la contradicción y desesperación incontrolable que caracteriza al adolescente deprimido en transición al suicidio. A fin de resolver las agudas y profundas contradicciones que debilitan la paradoja que existe en su contexto.

Por lo tanto, los factores familiares suicidógenos se concentran en estructuras familiares rotas o disociadas, educación privada de afecto y antecedentes suicidas en el árbol genealógico, (Alonso 1978). Este último no se debe a la herencia. Kallmann (citado en: Alonso, 1978) encuentra escasa concordancia para el suicidio en las parejas de gemelos

univitelinos.

O'Connor, (1990) plantea que la mayoría de los suicidios son el resultado de una combinación de factores. Cuando una persona se ha hartado de la vida, es difícil identificar una razón para la muerte. Algunas veces un cambio puede ser el suceso crítico que precipite el comportamiento suicida. Estos acontecimientos potencialmente peligrosos pueden ser: la amenaza o el hecho de perder a un ser querido por fallecimiento; separación o divorcio; las modificaciones en la imagen de uno mismo, como las que se producen después de un accidente, una violación o una golpiza, la pérdida de un empleo, una enfermedad súbita y la hospitalización subsecuente; la falta de motivación o energía para empezar de nuevo o renovar la parte faltante en la vida propia.

Según Durkheim (1990) las causas familiares que conducen al suicidio son las siguientes:

- a) Inhabilidad para aceptar cambios necesarios, intolerancia a la separación, relación simbiótica y fijación de patrones infantiles.

- b) Roles conflictivos y fijaciones en etapas del desarrollo anteriores.
- c) Estructura familiar alterada: sistemas familiares cerrados y rígidos, prohibiciones para las relaciones íntimas con el exterior, aislamiento de la persona potencialmente suicida dentro de la familia, y, fragilidad como una característica familiar.
- d) Dificultades afectivas; un patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión y una depresión familiar.
- e) Relaciones intrafamiliares desbalanceadas; vínculos sado-masoquistas y relación de doble vínculo, y, la existencia de un chivo expiatorio. El individuo potencialmente suicida se torna en el objeto malo de la familia y siente mucha agresión de parte de sus seres queridos. Esto produce en el menor frustración que le desencadena una gran agresividad que por su propia caracteriología no puede expresar sino que la dirige contra sí mismo, se

culpa de la situación y comete un acto suicida "para que se sientan responsables de su muerte".

- f) Dificultades transaccionales, alteraciones en la comunicación y un exceso de secretos.

De los estudios realizados por Durkheim (1990) se postula que llegó a la conclusión de que el obstáculo más grande para no cometer un acto suicida en periodos de estrés emocional personal es la involucración con otras personas e inclusive con la familia.

Al respecto se considera que la involucración con la familia es el factor primordial para evitar el suicidio, esto debido a que, es de la familia de donde emerge el individuo, de ella obtiene y satisface sus necesidades y al no brindarsele apoyo u orientación el sujeto busca en algunos casos apoyo en otras personas y al no encontrarlo recurre a situaciones como las del suicidio.

Retomando a la familia como uno de los factores que conducen al suicidio, se ha observado que

existen diferentes tipos de familias, las cuales de alguna manera y en algunos casos conducen a sus miembros a desarrollar síntomas o patologías, como en el caso del suicidio. Por lo tanto, a continuación se hace una revisión de la tipología familiar.

Patrones familiares frecuentes.

Triangulación:

En la familia del adolescente suicida hay una serie de posibles factores y situaciones parádójicas que aprisionan al joven. Uno de estos factores es la: Triangulación, en donde se encuentran contradicciones en las directivas que recibe el adolescente, dichas contradicciones suelen originarse en una escisión (rompimiento) entre las familias, es decir, la vida hogareña se encuentra marcada por lealtades divididas que fuerzan al adolescente a tomar partido por uno u otro de sus padres y al mismo tiempo es explorado por el otro (Fishman, 1990). Este tipo de triangulación crónica tiene el efecto de erosionar la autoestima del adolescente debido a sus sentimientos de culpa por estar hi-

riendo a uno de sus padres. Esta situación puede crear que la desesperación de los padres sea absorbida por los hijos. Es preciso señalar que este tipo de triangulación puede ser experimentada por los adolescentes dentro del contexto social más amplio, al sentirse presionado por las exigencias de los padres, la escuela u otros factores significativos. Cuando un adolescente se enfrenta a esta situación se debilita la sensación de seguridad en él mismo, por lo que el mensaje que llega a él, es de que el mundo no es seguro. En los contextos familiares funcionales, el adolescente aprende a manejar el rechazo de manera que cuando choca con el contexto exterior, no le resulta devastador. De esta manera si el adolescente vive en una familia en la que hay constante triangulación en donde son continuos los rechazos y la culpa, el rechazo que se produce en el contexto social más amplio, se torna intolerable, amenazante y por consiguiente el joven no cuenta con un hogar seguro y acorde en el cual pueda refugiarse (Fishman, 1990).

En nuestra sociedad es muy común observar este tipo de familias, ya que en su mayoría se establece una alianza entre uno de los hijos y uno de los padres y generalmente se esta en contra del otro. Sin embargo, este tipo de alianzas no sólo se establecen entre los hijos y los padres, sino también entre los hermanos y los amigos, etc.

La familia prematuramente desligada.

Fishman, (1990). La paradoja se puede definir como una afirmación contradictoria en sí misma que al principio parece ser cierta. Por ejemplo un adolescente a veces parece ser muy semejante a un adulto, al menos en cuanto a su apariencia y madurez física. Por lo tanto, se supone que al igual que el adulto se le debe instar, y aun obligar, a ser autónomo. Sin embargo, para muchos adolescentes, en nuestra cultura, esta situación es paradójica. Detrás de la fachada de su madurez física hay un niño que aun requiere de una buena dosis de supervisión, guía y apoyo. Y muchas veces, si se presupone y aumenta la autonomía del adolescente, la desvinculación prema-

tura del sistema provoca una grave depresión y una conducta suicida. Hay que tener presente que el adolescente puede interpretar como un signo de debilidad cualquier necesidad apremiante de dependencia, con lo que decrecerá su autoestima.

En estas familias, la desvinculación prematura a menudo se ha producido por haberse juzgado desafortunadamente la edad emocional del adolescente. En este caso el joven no se siente liberado, en consecuencia, sino que se siente expulsado.

Esta expulsión configura una situación peligrosa, dado que, como señala Durkheim (1951), cuando mayor es la densidad de la familia, tanto más inmune al suicidio son sus miembros. Las situaciones familiares desorganizadas producen sentimientos de confusión, inadecuación y falta de autoestima que se relacionan con la conducta suicida. De esta manera, cuando el adolescente expulsado tropieza con dificultades para enfrentar el contexto social extremo, no recurre a su familia dado que está ya presenta un sitio de desvalorización y rechazo para él. Al

quedar sujeto a la valoración refleja del grupo de pares o de otros factores externos y al carecer de apoyo familiar, el adolescente se vuelve sumamente vulnerable y puede volcar la agresión hacia él.

En el caso de que el adolescente no se sienta apoyado y motivado por su familia, y además se sienta rechazado, es evidente, que el busca en el suicidio una forma de atraer la atención de sus seres queridos o desea vengarse de todo lo que le han hecho destruyéndose así mismo. No obstante hay quienes descargan toda su agresividad que tienen contra otros, pero generalmente, después de esa descarga se suicidan.

Familias Perfecta.

Generalmente todos los sistemas de los adolescentes suicidas pueden ser definidos como extremadamente rígidos. En este sistema no hay cambios para adaptarse a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros. Un ejemplo de este tipo de familias son aquellas que insisten en la perfección, (Fishman 1990).

En la familia perfecta no se puede tolerar un individuo imperfecto en un sistema que persiste en repetir mensajes como: "debes ser feliz", "debes ser competente en todo", "debes ser siempre el primero", "no dejes que los demás pasen sobre tí", etc. Es entonces que estos sistemas son extremadamente opresivos y crean un umbral tremendamente elevado, por lo que el síntoma suicida puede ser interpretado como un intento desapercibido de producir un cambio (Kübler-Ross 1991).

De esta manera como mencionan algunos autores Minuchin, Fishman y Andolfi (1990) existen algunas familias que no toleran el cambio ya que si éste se presenta se observa en ellas un desequilibrio, de ahí que, algunos miembros de ellas decidan buscar una solución, aún cuando ésta no sea muy acorde.

En el caso de las familias perfectas se puede observar que estas se caracterizan por: el rechazo de los padres hacia el hijo, no se le permite decidir por él mismo y por lo tanto no tiene una identidad propia, no expresa sus puntos de vista, en la

mayoría de los casos no hay una persona afectuosa a quien recurrir, no se permiten cambios, existen horarios estipulados por los padres para la hora de llegada al hogar, para los alimentos, y para dormir, además hay reglamentos sobre el como vestirse y como peinarse.

A este tipo de familias se les puede denominar como comúnmente se hace "familia tradicional" puesto que establece ciertas normas o reglas para ser llevadas a cabo por sus miembros, sin permitir cambios ya que cuando estos se llegan a presentar se da pie a un desequilibrio en el sistema sin embargo, cuando se presenta algunas patologías o síntomas y se recurre a una sesión terapéutica se origina dicho desequilibrio debido a la intervención de un agente externo (terapeuta), sólo que esos cambios que se suscitan permiten observar que existe un margen de flexibilidad para adaptarse a ellos.

Finalmente en el tratamiento de familias perfectas el terapeuta debe evaluar a la familia para comprobar si ella misma es capaz de confirmar al

adolescente como persona.

Además de las relaciones que establecen los padres para con los hijos y esto para con sus padres, existen otros factores que influyen notablemente en el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia y son los siguientes:

b) Empleo de los padres.

Sherr (1992) confirma que las familias experimentan tensión como resultado tanto por el desempleo del padre como por la ausencia en el hogar de la madre que trabaja. Esto sustenta la idea de que la tensión familiar que resulta de los problemas económicos es un factor en el rango completo del comportamiento suicida entre niños y adolescentes.

Ciertamente, el factor económico esta catalogado como un determinante del suicidio, es decir en algunos casos cuando la familia esta carente de dinero se recurre al suicidio como una solución a este tipo de conflictos, debido a la presión que se ejerce en cada uno de los miembros de la familia, para satisfacer sus necesidades primarias (vestido,

casa, alimentación, etc.).

c) Maltrato del menor.

En el estudio del suicidio preescolar se demostraron diferencias significativas en las conductas parentales entre los grupos control y experimental. Este último grupo mostró una prevalencia significativamente más alta del maltrato o descuido hacia el menor. Además un estudio unitario limitado a sólo 59 niños demostró que el 40% de la muestra de niños maltratados más tarde exhibieron conductas que atentaban contra su propia vida, (Sherr 1992).

De estos hallazgos surge una correlación entre el maltrato del menor y el comportamiento del suicida entre los jóvenes.

d) Rendimiento escolar.

Varios estudios demuestran entre 35 y 75% en la población de fracasos o expulsión escolar asociados con comportamientos suicidas en niños y adolescentes escolares. Existen, sin embargo, algunos hallazgos contradictorios en los que no se ha encontrado ninguna diferencia en relación con el rendi-

miento académico entre los grupos suicidas y control.

Parece ser que existe un subgrupo de adolescentes que llevan a cabo la comisión del suicidio. Típicamente, los adolescentes de este grupo no manifiestan ninguna evidencia de deterioro o cambio en su estilo de vida cotidiano a nivel familiar, social, escolar o individual, (Sherr 1992). Tienen perfiles de personalidad obsesiva compulsiva y tienden a ser varones. Por último, no ofrecen ninguna pista de su intención, premeditan y después llevan a cabo el suicidio.

El suicidio en niños proporciona probablemente, una tercera causa de muerte y en muchas comunidades más del 30% de los adolescentes han intentado o cometido suicidio, (Küble-Ross 1991).

Creo que la tragedia de nuestra sociedad orientada al logro, es que se diga a los hijos miles de veces "te querré si traes buenas calificaciones", "te querré si tienes éxito en la escuela"; "Dios mío, como te amaré si un día puedo decir mi

hijo el Dr.", por lo tanto los hijos se prostituyen según Kúble-Ross (op. cit.) para complacernos, para comprobar nuestro amor, que nunca puede compararse. Si se pudiera comprender que los hijos son adorables aún si no siempre triunfan, que el mal comportamiento puede ser rechazado y corregido sin privación de amor, habría mucho menos escapadas del hogar y menos niños en nuestra sociedad que carecen de amor propio, de estimación de si mismos y de deseos de vivir.

Finalmente queda por decir que hay miles de escolares que llegan a casa de la escuela a un frío departamento, una casa vacía, un alimento frío, si es que lo hay y nadie con quien hablar.

Teniendo en cuenta que el sistema familiar juega un papel de primordial importancia en el comportamiento de cada uno de sus elementos, puesto que, de alguna manera influye en el desencadenamiento y mantenimiento de sus conductas, resulta conveniente tomar en cuenta a la familia como una totalidad dentro de la prevención de las tentativas de suicidio.

C A P Í T U L O 4

Prevención de las conductas potencialmente suicidas en adolescente.

Para dar inicio al presente capítulo sobre prevención y tratamiento es preciso tener en cuenta los tres capítulos anteriores, ya que se debe de partir de que la terapia familiar sistémica, surgió alrededor de los años 50's como una necesidad de involucrar en el tratamiento a todos y cada uno de los miembros de la familia. En investigaciones que se llevaron a cabo con familias de pacientes esquizofrénicos se observó que en la mayoría de los casos los síntomas, las patologías o problemáticas que presenta el individuo son desencadenadas y mantenidas por el sistema. Estos estudios se fundamentan, a su vez, en investigaciones de muy diversas áreas que van desde la Cibernética, la Lógica-Matemáticas, la Física, la Termodinámica, la Biología, la Sociología, la Psiquiatría, la Antropología, hasta las Ciencias de la Comunicación. Con la participación de estas disciplinas se enriquecieron y se pusieron en

marcha todos aquellos conocimientos ya adquiridos, posteriormente, a la Segunda Guerra Mundial, que fue cuando los investigadores se percataron de que a menudo los individuos presentan una patología como parte de las relaciones disfuncionales que sostenían con sus familiares, se dió como resultado la hospitalización de las familias completas, en donde se observaron las interacciones que establecen entre sí los miembros del sistema y con las personas que los rodean.

La familia como sistema vivo en su desarrollo atraviesa por una serie de etapas denominadas "Ciclo Vital", en cada uno de estos períodos el sistema familiar tiene a su cargo tareas o funciones tales como: la conservación de la especie misma, mediante la reproducción y la procreación de los hijos, además es el primer sustento económico de los niños, participa en la socialización, la educación, la cultura y la transmisión de sentimientos, valores y creencias. Es sabido, que en cada etapa se presentan situaciones conflictivas o problemáticas, las

cuales, surgen para equilibrar o desequilibrar al sistema, debido a ello la familia tiene que buscar alternativas de solución a estas cuestiones, pero si por algún motivo se detiene en uno de estos períodos o intenta saltar de uno a otro sin haber solucionado o terminado el anterior, se está indicando que las estrategias que se han empleado no son las adecuadas o no se están llevando a cabo como deben ser, por lo tanto se requiere de una intervención para todos y cada uno de los integrantes de la familia.

En el recorrido de las etapas la familia atraviesa por un período denominado "adolescencia" que es donde se centra la atención del presente trabajo, esta fase considerada de transición es donde el joven se enfrenta a toda una serie de cambios físicos que influyen notablemente en su desarrollo psíquico, de aquí, que el adolescente se perciba a sí mismo diferente de los demás. Cabe aclarar, que no necesariamente la etapa de la adolescencia es la más problemática, sino que cada una de ellas presen-

ta situaciones que van o debieran irse solucionando. En el caso del adolescente las exigencias familiares, las escolares y las sociales, de alguna manera influyen en él (esto no sucede con todos los adolescentes) y desencadenan toda una serie de sintomatologías o conductas enfermizas que lo conducen a tomar decisiones que no siempre son las adecuadas.

Dentro de esas patologías o problemáticas se encuentra el suicidio y los intentos de suicidio, el cual ha sido considerado como un fenómeno que se presenta en el individuo sin distinción alguna, (lo mismo se suicida o lo intenta un niño que un adolescente, un adulto, un anciano, una mujer, un hombre, un protestante, un católico, un judío, un hombre blanco, una persona con una posición económica solvente que alguien de bajos recursos, casada, divorciada o soltera, etc), y afecta no sólo a la persona que lo intenta o que lo comete, sino también influye en los demás miembros de la familia. Claro está que la afección varía dependiendo de las situaciones familiares, sociales y ambientales. De aquí, la importan-

cia que se tiene en tratar ese tipo de problemáticas que en la actualidad, registra un alto índice de autodestrucción en la población en general.

- Prevención del suicidio:

En la mayoría de los casos donde se recurre al suicidio los individuos manifiestan conductas que deberían de tomarse muy en cuenta y deberían de ser valoradas como tales. Todo esto debido a que a menudo las conductas de intentos de suicidio son considerados por los demás como "tonterías" payasadas o se ignoran. Es entonces, que para prevenir las conductas potencialmente suicidas deben de tenerse presentes los siguientes puntos:

1. Deben ser tomadas en serio todas las amenazas de suicidio, aún si parecen ser manipuladoras.

2. Interrogar sobre intentos de suicidio a cualquier paciente que dé una impresión de desesperanza. Los pacientes que opinan que sus problemas no tiene solución, presentan un elevado riesgo de suicidio.

3. A los pacientes con historias de frecuentes accidentes debe preguntárseles acerca de problemas

vitales, tales como: consumo de alcohol o drogas, depresión y sentimientos de autodestrucción.

4. Debe interrogarse al adolescente sobre posibles ideas suicidas que han estado deprimidos y mejoran súbitamente. La mejoría aparentemente inexplicable puede deberse a que él paciente ha resuelto todos sus problemas con los intentos de suicidio o lo ha consumando.

5. Las personas con ideas suicidas no deben recibir medios que faciliten sus intenciones. En este caso debe de procurarse no dejar a la mano armas y medicamentos.

6. Debe de hacerse una valoración de pensamientos transitorios sobre la muerte, por ejemplo, las personas con ideas transitorias suelen hacer expresiones o tener fantasías como las siguientes "me van a extrañar cuando me haya marchado", "van a estar bien cuando yo ya no este aqui", etc. En el caso de que el adolescente sea un paciente emocionalmente inestable hay que tenerse mucho cuidado:

7. Observar si existen sentimientos de frustra-

ción y conductas impulsivas. Esto es debido a que el adolescente tiene pocas esperanzas de encontrar apoyo en su ambiente y siente que se han agotado la mayor parte de los medios de alivio con que contaba. En este caso la ira o la irritación pueden volverse hacia el interior (suicidio) o hacia el exterior (homicidio) y puede terminarse en cometer cualquiera de estos dos actos e incluso se llegan a cometer ambos.

8. Si un paciente se niega a hablar sobre suicidio, debe preguntarsele a amigos y familiares acerca de la conducta suicida del adolescente.

9. No se dude en hablar del suicidio a un adolescente que no lo ha manifestado, esto en el caso de que el joven este deprimido, o si se tiene otra razón para sospechar que pudiese estar pensando en el.

10. Valorar pensamientos sostenidos sobre la muerte y deseos frecuentes de morir.

11. Si se ha decidido hospitalizar al adolescente potencialmente suicida no se le permita ir a casa

sólo para alistarse.

12. En caso de que este ingiriendo algún medicamento antidepresivo, no se suspenda bruscamente su ingestión.

13. Evitese dar cantidades letales en una prescripción del medicamento. Cuando el paciente esta ingiriendo algún medicamento debe ser supervisado por el médico que le esta atendiendo deben de proporcionarsele la cantidad prescrita.

14. Mejorar el conocimiento profesional con respecto al suicidio es otro factor preventivo. Entre los profesionales que constantemente trabajan con este tipo de pacientes se encuentran los médicos, los psicólogos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales.

15. El médico, el psicólogo, y la trabajadora social, por su posición de confianza, están idealmente colocados para proporcionar los primeros auxilios psicológicos de urgencias, que consisten en:

a) El establecimiento de comunicación con el paciente.

- b) La ayuda temporal en la dirección de su vida.
- c) La involucración de todos en el tratamiento (familiares e inclusive contar con los amigos más cercanos).

16. En el caso de los impulsos suicidas se puede recurrir a solicitar ayuda por vía telefónica a la Cruz Roja (Servicio Saptel) en donde se brinda atención las 24 hrs. del día.

El concepto subyacente y que justifica los esfuerzos de prevención de los intentos de suicidio consisten en que las personas que piensan cometerlo, pueden de todas maneras, desear que les "impida" hacerlo. Incluso los que no desean que se les "rescate" o "disuadan" de su finalidad suicida deben de estar en las mismas condiciones, puesto que a menudo el tratamiento y los ajustes ambientales adecuados reestablecen la mejor salud de estas personas. Cabe aclarar que, casi todas las conductas suicidas se originan en una sensación de aislamiento y angustia

Por último, la meta de la prevención es la de reducir la prevalencia o la probabilidad del com-

portamiento suicida. De tal forma, que el objetivo de la prevención queda de la siguiente manera:

Identificar las áreas y direcciones que pudieran proseguir, con el fin de ejercer una influencia positiva en los jóvenes potencialmente suicidas.

- Criterios para dar una intervención en crisis o inmediata:

La intervención en crisis es un método de relación muy útil con los pacientes y sus familias. Los objetivos de la intervención son: socorrer a la persona en tensión, ayudarla con dignidad durante este difícil período, prevenir posibles marcas psicológicas duraderas de la experiencia y, si es posible, ayudar a la persona a sacar algún provecho positivo de la resolución de la crisis.

La intervención efectiva en crisis constituye el rápido establecimiento de relaciones con la persona en situaciones de estrés, determina la naturaleza del problema presentado y estipula un tratamiento razonable y práctico.

- Valoración de las hipótesis:

Slaikeu (1988) menciona que la valoración de la terapia en crisis se constituye sobre las suposiciones siguientes:

1. El terapeuta debe ser capaz de valorar el impacto del suceso de crisis sobre cinco áreas del funcionamiento:

a) Conductual. Se refiere a actividades manifestadas, el trabajo, el juego y otros patrones más importantes de la vida, incluyendo ejercicio, dieta, patrones de sueño, y uso de drogas, alcohol y tabaco. Al valorar esta área se da mayor atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas claves de capacidad o incapacidad particulares de adolescentes potencialmente suicidas.

b) Afectiva. Se incluye un rango total de sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas debido a un suceso traumático o la vida en general. También se le da atención a la valoración de la congruencia social o la

rivalidad entre el afecto y diversas circunstancias de la vida.

c) Físico o Somático. Hace referencia a todas las sensaciones corporales, incluyendo tacto, oído, olfato, visión y gusto. La función sobre la actividad física general incluye dolores de cabeza, malestares estomacales y salud en general. Dentro de esta área debe tenerse presente que en muchos casos, una crisis agrava los problemas físicos existentes o conducirá a conductas que, si se continúan por periodos largos, deterioran la salud. De ahí, que la valoración de esta modalidad conduce directamente a la primera labor de la resolución de la crisis o supervivencia física.

d) Interpersonal. Incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el adolescente potencialmente suicida, su familia, amigos, vecinos y compañeros de escuela o trabajo. Para llevar a cabo la valoración de este punto se centra la atención en el número de contactos en cada una de estas categorías y a la naturaleza de las

relaciones, en particular al papel que adopta el adolescente con los demás.

e) Cognitivo. Aquí se incluyen imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro (si es que las hay), así como rumiaciones no controladas relativamente, como sueños del día y noche. La cognición es un nivel que se utiliza para referirse al rango total de pensamientos, y en particular las aseveraciones de sí mismo que hace la gente con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico y otros. La atención se centra en lo catastrófico y en las sobregeneralizaciones y los pensamientos irracionales.

Al realizar la valoración de estas áreas debe tenerse presente que si se llegara a pasar por alto alguna de estas modalidades, se tendría una comprensión parcial de la crisis por lo que se podría entorpecer las investigaciones siguientes.

2. Las cinco modalidades CASIC (conducta, afecto, somático, interpersonal y conitiva), aunque se valo-

ran por separado, se interrelacionan de tal modo que los cambios en uno pueden conducir al cambio en los otros. En este caso el desafío del terapeuta consiste en aprovechar esos cambios al valorar aspectos específicos del funcionamiento de cada modalidad. Por ejemplo, se puede preguntar al adolescente ¿Qué expectativas tiene sobre el suicidio?, ¿Qué esperaba lograr con tal comportamiento? ¿Qué idea tenía del suicidio hasta antes de intentarlo? y ¿Qué pensamientos surgieron una vez que se intentó consumir el suicidio?, etc.

3. En este tercer punto, la valoración de la crisis de un individuo debe incluir las variables contextuales de la familia, ambiente social, comunidad y cultura. Además debe de considerarse que estas variables pueden mantener un nivel actual de angustia a ser fuente de apoyo social. Por consiguiente el terapeuta debe buscar estrategias que ayuden al adolescente potencialmente suicida en el manejo de su influencia negativa o a recurrir a su apoyo positivo.

La finalidad de la valoración no es la de crear una clasificación diagnóstica, sino más bien, la de proporcionar un panorama o perfil del funcionamiento de la crisis en las modalidades: conducta, afectiva, físico o somático, interpersonal y cognitiva (CASIC), todo para producir pautas concretas para la selección de las estrategias de tratamiento.

En caso de brindarse una intervención en crisis deben de tenerse presentes las siguientes cuestiones:

1. La crisis es una experiencia subjetiva. Algunas personas pueden sobrellevar una agresión relativamente masiva sin consecuencias aparentemente anormales, mientras que otras se derrumban ante situaciones de estrés aparentemente leves. La mayoría de las crisis tienen una limitación temporal y se resuelven naturalmente.

2. También deben considerarse las siguientes interrogantes:

- a) ¿Qué es lo que actualmente trastorna al joven?

- b) ¿Qué significación tiene el problema para el adolescente?
 - c) ¿Cómo suele hacer frente a sus problemas?
 - d) ¿Cómo ha manejado las situaciones que anteriormente se le presentaron?
 - e) ¿Qué recursos y riesgos indican estas experiencias?
 - f) ¿Qué parece podría ser útil para esta persona?
 - g) ¿Cómo podría ofrecerse ayuda de forma aceptable?
 - h) ¿Qué podría desear la persona?
 - i) ¿De qué recursos dispone el adolescente y el terapeuta para afrontar el problema del suicidio?
3. Hablar en el lenguaje del paciente. Debe ser un lenguaje que el adolescente pueda comprender.
4. Durante la entrevista de la intervención en crisis se deberán llevar a cabo los siguientes postulados:
- a) Establecer una relación comunicativa con el adolescente.
 - b) Comprender rápidamente la perspectiva del joven.

- c) Confeccionar una historia detallada.
- d) Discutir activamente el problema con el adolescente.
- e) Negociar activamente con el adolescente la solución del problema. Dentro de este apartado hay que tener presente, también, las siguientes cuestiones: proporcionar apoyo oportuno de expresarse, solicitar el apoyo social (familiares, amigos, etc.), crear un puente de esperanza y finalmente superar un obstáculo en el desarrollo del tratamiento.

Dentro del tratamiento pero después de que haya pasado el período de depresión debe enseñarsele al adolescente a ser autónomo, a valorarse así mismo, para que de esta forma sea valorado por los demás como ser humano y aceptarse tal como es, tanto por él como por los demás con sus defectos y virtudes, todo esto para que incremente su autoestima, se reestructure su personalidad y a su vez se modifique su ambiente familiar y la comunicación entre los miembros de la familia.

- Alternativa de Tratamiento:

Otro aspecto considerado como preventivo de los intentos suicidas es el tratamiento familiar que se fundamenta en los principios de la Terapia Familiar Sistémica, en donde la atención se centra en la familia considerada como punto de partida para producir cambios favorables en el comportamiento del adolescente potencialmente suicida.

La importancia de emplear los procedimientos de la terapia familiar en el tratamiento del adolescente potencialmente suicida tiene sus orígenes en la familia como sistema, es de donde emerge el individuo, es su primer sustento económico, y es quien determina en un momento dado la interacción del adolescente con el exterior. Además de que a menudo es en donde surgen las problemáticas o patologías que son mantenidas por la misma influencia que ejerce la familia sobre cada uno de sus integrantes. Cabe destacar que para dar una solución a este tipo de problemáticas resulta necesario involucrar en el tratamiento a la familia completa, puesto que,

si sólo se trabaja con el joven en aislado, si pueden haber cambios positivos en su conducta, pero si el problema se desarrolló a partir de las interacciones que él tiene con su familia y está no participa en las sesiones terapéuticas puede haber una reincidencia por parte del adolescente. Si la familia interviene en el tratamiento, ella misma podrá percatarse de los cambios que se están presentando en la conducta de su hijo, lo cual de alguna manera viene a modificar la estructura familiar.

La eficacia de la Terapia Familiar Sistémica normalmente conduce a un rápido reestablecimiento o mejoría de los problemas, con esto no se quiere decir, que esta sea el único enfoque que funcione, sino que como se involucra al conjunto de individuos que integran la familia y que son significativos en la vida del adolescente, permiten que se susciten cambios en cada uno de sus miembros y que a su vez estos resulten favorables. Por lo tanto, la idea misma de la terapia familiar implica una confianza en la familia como ambiente propio para la "curación".

Teniendo en cuenta que el adolescente potencialmente suicida ha recibido una intervención inmediata, posteriormente, resulta conveniente involucrar en el tratamiento a todos y cada uno de los integrantes del sistema. Para llevar a cabo esto, es conveniente tomar en cuenta lo siguiente:

1. De la valoración que se haya hecho del ambiente familiar en donde se desarrollo el adolescente, se pretende dar un cambio no sólo a la estructura, sino también a la comunicación afectiva que hasta el momento se había observado en las interacciones que se establecen entre el joven y su familia.

De esta manera la terapia familiar al abordar la problemática del adolescente potencialmente suicida, debe hacer algo más que mejorar las disfunciones del sistema como tal, es decir, al trabajar en conjunto (paciente, familia y terapeuta) deben establecer o plantear alternativas de solución de común acuerdo para cada miembro del sistema. En este caso, es tarea del terapeuta, no sólo enfocarse a los as-

pectos organizativos de la estructura, ya que de esta estructura derivan otros elementos que deben de tenerse en cuenta en el tratamiento y que son de vital importancia para que se produzcan los cambios esperados. Esos otros factores a que se hace alusión son los siguientes: empatía, calidez y por supuesto la comunicación afectiva. Una vez abordados estos aspectos se debe orientar al adolescente para que busque su identidad, se valore así mismo como persona que es, decida lo que quiere y lo que no quiere, y además exprese todos aquellos sentimientos de odio y de rechazo contra él mismo y contra los demás. Pero no sólo que exprese los sentimientos negativos, sino también los positivos, esto para que se reafirmen esos sentimientos.

2. En la mayoría de los casos en donde uno de los integrantes de la familia presenta algún problema, la familia tiende a sobreproteger o a rechazar a ese integrante del sistema. Por lo que el tratamiento persigue que no se creen adolescente vulnerable o aislados.

Es evidente que cuando se presenta una situación de intentos de suicidio o se consuma este acto por un hijo adolescente, a menudo, se le evitan los enfrentamientos con situaciones conflictivas o con sucesos que los padres y demás miembros de la familia coinciden en señalar que estos harán reincidir al adolescente en intentar nuevamente suicidarse, sin embargo, lo único que se logra con esta posición es crear chicos vulnerables.

En el otro extremo, el rechazo, puede darse ya que los demás miembros de la familia del adolescente no aceptan este comportamiento debido a la culpabilidad que pueden sentir ellos por haber "inducido" u "orillado" al joven a intentarlo. No obstante, estos sentimientos pueden ser no expresados ante el mundo exterior puesto que en estos casos los intentos de suicidio son manejados como accidentes.

Dentro de este apartado hay que tenerse en cuenta que al evitar la situación, o el no querer hablar de ella, suele ser un factor que se presenta

en este tipo de casos. Sin embargo, esta evitación no conduce a nada bueno, sino que puede y es un hecho que la situación se torna más negativa.

Dentro de los sentimientos que hay que modular destacan, el sentimiento de culpa, puesto que es un modo de prevenir la confusión y el sufrimiento continuo. Al llevar a cabo este punto se implica el tratar de reorganizar el sistema y reabrir la comunicación. Es importante que la familia y el terapeuta trabajen en conjunto para buscar alternativas de solución a las situaciones que están provocando desajustes en el sistema familiar.

Para finalizar, cabría destacar que es un hecho que existen familias que no permiten ningún cambio y que no están dispuestas a que se presenten estos. Tan es así, que el tratar de brindar ayuda o el pedirle resulta un tanto difícil.

3. Realizar una estructuración del ambiente en el que se va a desarrollar el adolescente potencialmente suicida. Esto indica que cuando la familia no está dispuesta a cambiar su modo de interactuar

y la manera de comunicarse con el joven, es necesario, que el adolescente salga de ese hogar, puesto que de no hacerlo, el adolescente ya no sólo intentaría suicidarse, sino que consumaría el acto, o sus sentimientos de ira e irritación no sólo lo conducirían a autodestruirse, ya que canalizaría sus sentimientos hacia los demás (homicidio).

En este caso se busca que el adolescente se instale en otro lugar, donde los recursos externos puedan serle útiles y confiables, donde no haya personas que continúen desvalorizándolo, donde se le de un lugar como persona y donde se le permita ser él mismo.

4. Para ello se tomarán en cuenta por un lado, el contexto familiar y por el otro, los diferentes tipos de contextos en los que se encuentra inmerso el adolescente y que están fuera de la familia, llamense: escuela, amigos, clubes, etc.

El terapeuta debe tener presente que la familia no es el único factor que pudo haber contribuido en el desencadenamiento de las conductas poten-

cialmente suicidas, sino que pueden haber otros elementos que de alguna manera se tornaron como excusa y condujeron al joven a intentar suicidarse. En tal caso, hay que investigar si el adolescente ingiere algún tipo de droga o alcohol cómo es su rendimiento escolar, qué tipo de interacción sostiene con los demás? etc.

Al decir, que si la familia no participa en el tratamiento y no acepta que se produzcan cambios, no, se pretende desligar a la familia del tratamiento, así mismo, no se le puede dejar de lado como uno de los factores que contribuyen al desencadenamiento de las conductas potencialmente suicidas, lo que se quiere hacer notar, es que según la situación que este viviendo el adolescente, y el solo hecho de que se presenten conflictos en alguno de estos factores o la combinación de uno con otro pueden influir en la conducta del joven.

5. En el caso del adolescente potencialmente suicida, resulta necesario observar qué papel juega en la familia, qué lugar ocupa, qué actitudes mues-

tran cada uno de los miembros del sistema ante las conductas que se observan en sus miembros, principalmente en las del joven que ha intentado suicidarse.

Todas las familias, imprimen en sus miembros la configuración exclusiva que los identifica como tales. Es decir, el sistema familiar indica a cada uno de sus miembros el rol o papel que fungirá dentro de la familia y de la sociedad. Por lo tanto, las personas son moldeadas sin cesar por sus contextos y por las características que éstos traen a la luz.

Finalmente se pretende que se dedique más tiempo a este tipo de problemáticas que agobian al mundo en general, ya que es indispensable identificar los tipos de familia en las que se desenvuelven los adolescentes potencialmente suicidas, para llevar a cabo una reestructuración no sólo en la organización familiar, sino también en lo que respecta a la comunicación, la forma de interactuar, la manera en que se le da solución a los problemas y percibir los mismos desde otro punto de vista, de tal forma,

que no se llegue a situaciones extremas como es el caso del adolescente potencialmente suicida.

CONCLUSIONES

Al llegar al termino de la investigación, he comprobado que no basta el sólo mostrar interés por el tema, sino que se debe de contar con muchos elementos y herramientas para sacar adelante un estudio como este. Es decir, al revisar la literatura sobre el suicidio me encuentre con que la Psiquiatría es la disciplina que le ha dado mayor atención al estudio de las conductas suicidas, por ende, las causas que conducen mayormente a los intentos de suicidio y a su consumación son las enfermedades psiquiátricas, de tal forma que los factores familiares han sido dejados a un lado. En este caso la Psicología necesita poner mayor énfasis en tales cuestiones debido a que es muy escasa la literatura sobre el suicidio. No obstante, no se puede pasar por alto, que la psicología es una disciplina que sí hace referencia a las cuestiones familiares, puesto que está juega un papel de primordial importancia en la prevención y rehabilitación de las personas que acuden a terapia, y que en algún momento dado han

recurrido a la autodestrucción.

Otro factor que influyó notablemente en la realización de la presente investigación, y por el cual se decidió que no se llevaría a la práctica fue: el poco o nulo apoyo que brindan las instituciones (hospitales) para la realización de está. Es decir, primero hay que seguir una serie de trámites burocráticos, con la finalidad de obtener un permiso para trabajar con los adolescentes potencialmente suicidas y sus familiares. Una vez que se habló con una serie de personas, las cuales revisaron y criticaron el proyecto de investigación se decide que hay que hacer modificaciones o correcciones, para que posteriormente sea inscrito en los proyectos de la institución y hacer nuevamente correcciones de acuerdo a los intereses de los directivos del hospital, todo esto para que se permita echar a andar el estudio, pero una vez que el personal plantea como corregirlo, uno se da cuenta, de que lo que se quería indagar ya no es posible, porque se esta haciendo lo que los demás quieren y no lo que se te-

nía planteado.

Por otro lado, en las instituciones se argumenta, que la mayoría de los pacientes potencialmente suicidas que ingresan al hospital, permanecen ahí por muy poco tiempo, esto debido a que lo que se pretende en primera instancia es proporcionarle al paciente un servicio médico de urgencia que ayude a salvarle la vida, posteriormente, cuando el paciente sea recuperado de sus lesiones regresa a su hogar y es poco probable que asista a sesiones de terapia o que la familia solicite ayuda profesional.

Aún en situaciones tan críticas la familia rara vez acude a terapia y más aún no habla del suicidio con los demás familiares y personas que se encuentran a su alrededor, esto se debe a que quizás temen al rechazo de la sociedad o a que esta los culpe de lo sucedido. Además de que la misma familia se siente culpable, avergonzada y responsable por no haber tomado en cuenta las conductas de sus hijos. Por tales motivos cuando el adolescente suicida llega muerto al hospital, según las circunstancias

es reportado como un accidente y no como un suicidio (esto no sucede en todos los casos).

En los casos de suicidio el único material con que se cuenta para llevar a cabo la investigación son los expedientes de los pacientes, los cuales contienen información meramente médica, se mencionan los datos personales del adolescente potencialmente suicidas (nombre, edad, domicilio, etc.), posteriormente, se señala el método que se empleo, el cual consiste ya sea en ingerir medicamentos o sustancias, o en el empleo de armas de fuego, finalmente se hace referencia a las lesiones que resultan de la utilización de cualquiera de los métodos antes mencionados. La información que se obtiene de los expedientes no hace alusión a los motivos por los cuales el joven intento o consumo el acto suicida, en ellos no se menciona como la familia contribuyó al mantenimiento y desencadenamiento o evitación de este tipo de conductas.

Otro argumento que utilizan las instituciones para no dar acceso para trabajar con los pacientes

potencialmente suicidas es la experiencia, ellos mencionan que una persona que tiene muy poco tiempo de haber terminado su carrera, no cuenta con las habilidades suficientes para llevar a cabo sesiones terapéuticas con casos en los que se haya intentado autodestruirse, se plantea que una persona que comienza a desempeñarse en su carrera tiene pocos recursos para sacar a una persona de su crisis, por lo tanto, cuando un joven es atendido en el hospital y se le ha proporcionado atención para salvarle la vida, no ha superado totalmente su crisis y al llegar una persona (terapeuta) que le hable sobre los intentos de suicidio, remueve en ella (él) todos aquellos sentimientos y pensamientos que de alguna manera la condujeron a autodestruirse. Sin embargo, considero que no sólo hay que tomar en cuenta la opinión del personal de la institución, sino que también se tenga presente el punto de vista de la familia para participar en el tratamiento. El hecho de que el adolescente potencialmente suicida y su familia participen en el tratamiento da pie a que

se produzcan cambios en la estructura del sistema que de alguna manera preveen el intentarlo nuevamente.

No obstante, considero que sí se retoman las experiencias vividas por el adolescente potencialmente suicida, se puede llegar a prevenir el suicidio, o sea, se debe de proporcionar información a la población en general, con la finalidad de desmentir todos aquellos mitos y tabus que hasta el momento existen. Al hablar de suicidio debe centrarse la atención en las consecuencias que se acarrearán al utilizar métodos que no conducen a la muerte y que solo agravan más la situación del adolescente ya que pueden producirse toda una serie de lesiones con las cuales tiene que lidiar el resto de su vida por ejemplo, amputaciones, parálisis, trastornos, digestivos, etc.

El hecho de proporcionar información sobre las consecuencias que acarrearán las conductas potencialmente suicidas, que no llevan o conducen a una destrucción total (muerte) de alguna manera inquietan a la población, por lo tanto, es conveniente hacer

una mayor difusión de está, ya que puede decremen-
tar el índice de intentos suicidas.

Por último habría que destacar, que si pudiera existir un convenio entre las escuelas (Universidades) y las instituciones donde se llevan a cabo trabajos que requieren de la participación del psicólogo, habría una mayor aceptación de este en todos los niveles, y a su vez, el campo de la investigación podría ampliarse y enriquecerse, puesto que trabajando en conjunto quizás se llegaría a una prevención y rehabilitación más eficaz, no sólo en cuestiones como la del suicidio, sino también en otro tipo de problemáticas, que de acuerdo a la situación que se esta viviendo a nivel mundial afectan y ponen en peligro la estabilidad de la familia, es entonces, que el individuo necesita: de motivación, apoyo, orientación, supervisión, comprensión, comunicación, atención y todos aquellos cuidados que los demás le puedan proporcionar.

Una persona por sí misma puede proporcionar motivación y apoyo, sólo que hay momentos de la vi-

da en que se requiere de que otras personas brinden toda una serie de atenciones y afectos, que permitan al individuo salir adelante y continuar la vida afrontando las situaciones que se presentan. De aquí que el apoyo que se proporcione a nivel institucional sea de suma importancia para el adolescente y su familia.

B I B L I O G R A F I A

- * Ackerman W. N. (1956) En: Bowen. De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. México. Paídos.
- * Ackerman W. N. (1960) En: Boszormenyi-Nagy y Framo. Terapia Familiar Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos, México, Trillas.
- * Alonso F. Fco. (1978) Compendio de Psiquiatría. Profilaxis del suicidio, Cap LXI p 671 a 682.
- * Andolfi y Zwerling (1980) Dimensiones de la Terapia Familiar. México. Paídos
- * Andolfi M. (1991) En: Hernández. Terapia Familiar Sistémica. México ENEP-Iztacala Tesis.
- * Andolfi M. (1990) Terapia Familiar. México. Paídos
- * Aries P. (1962) En: Fishman. Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar México. Paídos.
- * Bateson G. (1956) En: Steve de Shazer. Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. México Paídos.
- * Bateson G. (1974) En: Hoffman. Fundamentos de te-

rapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas México. Fondo de Cultura Económica.

- * Bateson G. (1950) En: Hoffman op.cit.
- * Bateson G. (1942) En: Benoit. El doble vínculo. México. Fondo de Cultura Económica.
- * Bateson G. (1979) En: Hoffman op.cit.
- * Bateson G. (1955) En: Benoit op.cit.
- * Benoit C. (1981) El doble vínculo. México. Fondo de Cultura Económica.
- * Bernald, C. (1957) En: Bertalanffy. Teoría General de los Sistemas. México. Fondo de Cultura Económica.
- * Bernald, C. (1932) En: Eguiluz y González. Desarrollo histórico de la Terapia Familiar. México ENEP-Istacala.
- * Bertalanffy (1947) En: Eguiluz y González op.cit.
- * Bertalanffy (1941) Teoría General de los Sistemas. México Fondo de Cultura Económica.
- * Bertalanffy (1941) En: Hoffman op.cit.
- * Boszormenyi-Nagi y Framo (1991) Terapia Familiar

Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos. México Trillas.

- * Boszormenyi-Nagy, Framo y Zud (1962) En: Boszormenyi-Nagy op.cit.
- * Bowen M. (1979) **De la familia al individuo.** La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. México.Paidós.
- * Bowen M.(1952) En: Madanes. **Terapia familiar Estratégica.** Buenos Aires. Amorrortu.
- * Campanni y Luppi (1991) **Servicio social y modelo sistémico.** Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana. México Paidós.
- * Cannon C. (1929) En: Bertalanffy, op.cit.
- * Cannon C. (1932) En: Eguiluz y González op.cit.
- * Chess y Thomas (1984) En: Fishman, op.cit.
- * Colanna y Colbs (1971) En: Alonso. **Compendio de psiquiatría.** Profilaxis del suicidio. Cap LXI.
- * Craig G. (1988) **Desarrollo psicológico.** Adolescencia. México. Prentice-Hall. Caps 13 y 14.
- * Davison G.(1980) **Psicología de la conducta anormal.** El suicidio. México. Limusa. pag.232-239.

- * Dell P. (1979) En: Hoffman, op.cit.
- * Desfontaines (1973) En: Alonso, op.cit.
- * Deshaies (1947) En: Alonso, op.cit.
- * Diaz, C. R. (1971) El suicidio. Punto de vista psicológico. La Prensa Medica Mexicana.
- * Dominguez G. (1993) Quisiera abrir lentamente mis venas. El nacional.
- * Drukheim E. (1952) En: Fishman, op.cit.
- * Durkheim E. (1990) El suicidio. México Premia.
- * Eisenberg y Margain (1978) En: Guerra y Salazar, op. cit.
- * Erickson (1958) En: Fishman, op.cit.
- * Erickson (1956) En: Boszormenyi-Nagy y Framo, op. cit.
- * Estrada I. (1991) El ciclo vital de la familia. México. Posada.
- * Esquirol (1947) En: Alonso op.cit.
- * Farberow y Sheindman E. (1969) "Necesito Ayuda". Estudios sobre el suicidio y su prevención. México. La Prensa Medica Mexicana.
- * Fishman C. (1990) Tratamiento de Adolescentes con

problemas. Un enfoque de terapia familiar México Paídos.

- * F.Monroy (1992) **Tlalnepantla con el mayor índice de suicidios.**
- * Garduño (1991) **Desarrollo histórico de la terapia familiar en México.** ENEP-Iztacala Tesis.
- * Giacomett (1979) En: Campanni y Luppi op.cit.
- * Gibb y Bolzman (1950) En: Eguiluz y González,op. cit.
- * Gómez P. (1979) **Diccionario de la lengua española.** México.
- * González B.(1971) **El suicidio.** Enfoque legal México. La prensa Medica Mexicana p. 369.
- * González P. (1992) **Los niños.** Suicidio. México Novedades.
- * Gordillo M.(1990) **El suicidio en niños y adolescentes criminales del Consejo Tutelar de México.** ENEP-Iztacala Tesis.
- * Guerra O. Salazar M. (1987) **Estudio psicosocial del suicidio.** México ENEP-Iztacala Tesis.
- * Guillon y Bonniec (1991) **Suicidio.** Manual de uso Barcelona. Tempestad.

- * Haley J. (1989) Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Buenos Aires. Amorrortu.
- * Haley J. (1963) En: Hoffman op.cit.
- * Haley J. (1980) En: Campanni y Luppi op.cit.
- * Haley J. (1965) En: Hoffman op.cit.
- * Hall y Blas (1904) En: Fishman C. op.cit.
- * Hardin G. (1969) En: Hoffman, op.cit.
- * Hoffman L. (1992) Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas México. Fondo de cultura Económica.
- * Hyman (1990) Manual de urgencias psiquiátricas. Suicidio. México Salvat.
- * Jackson D. (1957) En: Hoffman, op.cit.
- * Jackson y Colbs En: Hoffman, op.cit.
- * Josselson (1980) En: Craig, op.cit.
- * Jousset I. y Moreau de Tours (1990) En: Durkheim E. op.cit.
- * Kallaman (1978) En: Alonso, op.cit.
- * Kaplan I. (1989) Tratado de Psiquiatría. Suicidio

Barcelona Salvat Cap. 28 p. 1305 a 1309

- * Kent C. (1982) En: Guerra y Salazar, op.cit.
- * Kübler-Ross (1991) Una luz que se apaga. México Paz Cap. 7.
- * Lidz y Fleck (1957) En: Bowen, op.cit.
- * López S.(1989) Análisis crítico de las aproximaciones sobre el estudio del suicidio. México. ENEP Iztacala Tesis.
- * Marcia J. (1980) En: Craig, op.cit.
- * Maruyama (1968) En: Hoffman, op.cit.
- * Mar Zuffiga (1977) El Suicidio. Punto de vista de la prevención. México La prensa Medica Mexicana p. 375.
- * Mesa Redonda (1978) En: Guerra y Salazar, op.cit.
- * Minuchin y Fisman (1991) Técnicas de terapia familiar. México. Paidós.
- * Minuchin S.(1986) Familia y terapia familiar. México. Gedisa.
- * Mc Iver (1937) En: Estrada, op.cit.
- * Moal P. (1976) En: Guerra y Salazar, op.cit.
- * Montesquien (1960) En: Durkheim, op.cit.

- * Morea P. (1990) En: Durkheim, op.cit.
- * Morel (1990) En: Durkheim, op.cit.
- * Muñoz (1985) En: Peña. La terapia familiar. Una alternativa de tratamiento con menores infractores. México ENEP-Iztacala.
- * Mussen P. (1990) Desarrollo de la personalidad del niño. Adolescencia. México. Trillas. Cap.5 p. 415 a 481.
- * O'Connor (1990) Dejalos ir con amor. La aceptación del duelo. México, Trillas Cap. 10.
- * Offer y Offer (1975) En: Craig, op.cit.
- * Palazzoli S. (1991) Paradoja y contraparadoja. Un modelo de terapia de la familia de transacción esquizofrénica. México Paidós.
- * Palazzoli S. (1978) En: Palazzoli, op.cit.
- * Parsons y Bales (1955) En: Fishman y Rossman. El cambio familiar. Desarrollo de modelos. Argentina p. 321.
- * Pepin (1986) La psicología de los adolescentes. Barcelona. Oikos-Tau Cap. 1.
- * Petsel y Riddle (1981) En: Gordillo, op.cit.

- * Pierre (1954) En: Alonso, op.cit.
- * Prigogine I. (1971) En: Minuchin, op.cit.
- * Ringel (1977) En: Mar Zuñiga, op.cit.
- * Rodríguez S. (1971) El suicidio. Punto de vista sociológico. México. La Prensa Medica Mexicana.
- * Rudestam A. (1987) En: Guerra y Salazar, op.cit.
- * Russell (1910) En: Eguiluz y González, op.cit.
- * Rutter M. (1980) En: Fishman.
- * Sabbatch J. (1969) En: Fishman.
- * Sadock J. (1988) Compendio de psiquiatría. Suicidio. México Salvat Cap. 25.
- * Sager (1972) En: Estrada, op.cit.
- * Salas M. (1992) En: F. Monroy, op.cit.
- * Salomón (1976) Psiquiatría. Suicidio México Manual Moderno.
- * Shannon y Whitehead (1949) En: Bertalaffy, op.cit. op.cit.
- * Sheider R. (1984) En: Alonso, op.cit.
- * Sherr L. (1992) Agonia, muerte y duelo. México Manual Moderno Cap. 14 p. 243 a 267.
- * Slikeu K. (1988) Intervención en crisis. México

Manual Moderno.

- * Stangel E. (1965) En: Guerra y Salazar, op.cit.
- * Steven Brio M. y Selman (1984) En: Fishman, op. cit.
- * Staven de Shazer (1989) Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. México. Paidós
- * Teicher y Terry (1966) En: Fishman. Tratamiento de adolescentes con problemas. México Paidós.
- * Tornero D. (1973) El suicidio en cancerosos. La Prensa Medica Mexicana. Vol. 38.
- * Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) En: Kamikihara. La teoría en la comunicación humana y su aplicación en la terapia familiar desde el punto de vista sistémico. ENEP-Iztacalco.
- * Wiener N. (1948) En: Bertalanffy. Teoría general de los sistemas. México Fondo de Cultura Económica.
- * Wiener N. (1950) En: Eguiluz y González, op.cit.
- * Wiener N. (1954) En: Hoffman, op.cit.
- * Weakland, Watzlawick, Bell y Satir (1960) En: Hoffman, op.cit.

- * Weiss (1965) En: Guerra y Salazar, op.cit.
- * Whitehead y Russell (1910) En: Eguiluz y González, op.cit.
- * Wynne y Colabs (1958) En: Bowen, op.cit.
- * Wynnu y Margaret Singer (1967) En: Bowen, op.cit.