

192



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**COMUNICACION PATOLOGICA EN LA FAMILIA Y SU
INFLUENCIA EN EL SUICIDIO DE HIJOS
ADOLESCENTES.**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
BERNARDO ROMERO HERNANDEZ

COMISION DICTAMINADORA:
LIC. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
LIC. AMADO RAUL RODRIGUEZ TOVAR
LIC. EDY AVILA RAMOS



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION DISCONTINUA

A TU MEMORIA :

*Por las risas que de pequeño supiste provocar
Por las lagrimas derramadas que no supiste enjugar
Por el coraje a la vida que de ti pude aprender
Por lo efímero de la vida que me mostró tu ser
Para ti este humilde obsequio, aunque ya no lo puedes ver.*

Por siempre . . .

POR TU EJEMPLO :

*Hace años me enseñaste que la vida se vive con paciencia
Tiempo después, que también se puede vivir con angustia
Al paso del tiempo, que para vivirla se requiere valor, el
cual tuve que tener para llegar hasta donde estoy.*

GRACIAS.

ENSIS CON
BALLA DE ORIGEN

POR TU APOYO :

*Han sido bellos los sueños compartidos,
pero mejor el verlos juntos hechos realidad.
Una muestra de ello es la conclusión de este trabajo
Que doy gracias por finalizarlo contigo, no en la soledad.*

GRACIAS POR TODO.

A TI PEQUEÑO :

*Porque haz sido un motivo enorme para seguir
adelante.*

*Porque hasta el día de hoy veo reflejado en ti algo
de lo que soy. Ruego por lograr ver lo que tu quieres
ser.*

Por ti, por mi, por los dos ... este trabajo.

Con mucho Cariño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A USTEDES :

*Tres personas que tuve el gusto de conocer en el camino de la vida,
lamentando no haberlos conocido desde mucho tiempo antes
fue corto el tiempo que tuve de tratarles, pero mucha la satisfacción
que sentí de aprenderles.*

GRACIAS: SUSANA, RAÚL Y EDDY

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

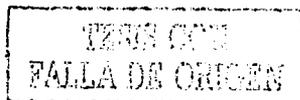
I N D I C E

PAG.

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
JUSTIFICACIÓN	XII
1.- SUICIDIO	1
1.1. - Definición de suicidio.....	1
1.1.1. - Definición Histórica	3
1.1.2. - Definición Social y Psicológica	6
1.1.3. - Definición Tanatológica	8
1.2. - Características del suicidio	10
1.2.1. - Ideación Suicida	11
1.2.2. - Conducta Suicida	14
1.2.3. - Acto Suicida	15
1.3. - Perfil del suicida	16
1.3.1. - Deseo de Matar	19
1.3.2. - Deseo de ser Matado	21
1.3.3. - Deseo de Morir	22
2.- PATRONES DE COMUNICACIÓN PATOLÓGICOS EN FAMILIAS CON HIJOS ADOLESCENTES	23
2.1. - Axiomas de la comunicación	23
2.1.1. - La Imposibilidad de no Comunicar	24
2.1.2. - Puntuación de la Secuencia de Hechos	25
2.1.3. - Comunicación Digital y Analógica	25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2. - La comunicación patológica	26
2.2.1. - La Imposibilidad de no comunicar	27
2.2.2. - Puntuación de la Secuencia de Hechos	27
2.2.3. - Errores de traducción entre Material Analógico y Digital	28
2.3. - Identidad en el adolescente	28
2.4. - Familias con hijos adolescentes	31
2.5. - Suicidio en adolescentes: evento paranormativo	39
3.- PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO	45
3.1. - Prevención del suicidio.....	47
3.1.1. - Líneas Generales de Prevención	48
3.1.2. - Iniciativas Específicas de Prevención	48
3.1.3. - Creación de Centros de Prevención	49
3.1.4. - Creación de Centros de Investigación sobre suicidio	50
3.1.5. - Creación de Programas Escolares de Prevención	50
3.2. - Intervención en el suicidio	53
3.3. - Postvención: sobrevivientes del suicidio	59
3.3.1. - Autopsia Picológica	59
3.3.2. - Trabajo con víctimas Sobrevivientes	59
- CONCLUSIONES	61
- BIBLIOGRAFÍA	75
- ANEXOS	



 TEMA CON
 FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El suicidio es un acto humano real, rápido y violento. Su realización tiende a incrementarse a niveles alarmantes de acuerdo a las estadísticas consideradas en países como Canadá, México y Estados Unidos. A lo largo de la historia el fenómeno del suicidio ha estado presente como una manifestación compleja de la conducta humana, siendo realizado tanto por niños adolescentes y ancianos, despertando actitudes diversas que van desde la remota aceptación, hasta la condenación del acto. Debido a su complejidad, el abordaje de su estudio se ha realizado desde las perspectivas tanatológica, psicológica, sociológica y psiquiátrica, reflejándose en cada una de ellas la corriente teórica y los aspectos éticos y morales del momento sociocultural en que se analiza.

Tras una seria y profunda reflexión, el objetivo y desarrollo del presente trabajo de tesis, surge como una posibilidad de aportar elementos teóricos que permitan engranar el fenómeno del suicidio y su relación con patrones de comunicación patológicos en familias con hijos adolescentes desde una postura sistémica que aporte elementos de atención en la prevención, intervención y postvención del acto suicida en los adolescentes y sus familias, concibiendo una realidad circular en ésta, debido a que en la revisión teórica se observó que el suicidio en adolescentes marca el fin de un largo proceso que dichos adolescentes conciben como una prolongada y extrema mala relación en sus familias, caracterizada por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional, y resentimiento hacia los padres, todo esto acompañado por una creciente incomunicación y una fuerte depresión, lo que impedía al adolescente enfrentar los problemas y tensiones asociados con esta etapa.

I
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Las diferentes fuentes escritas y verbales han dado cuenta del devenir histórico del acto suicida en todas las sociedades desde los tiempos más remotos. La Biblia por ejemplo, en el Antiguo Testamento, registra ya casos de suicidios individuales y colectivos, mencionando por ejemplo el caso de Abimelec, quien solicita a su escudero lo atraviere con su espada para no ser avergonzado de que se dijera que una mujer lo había herido; el caso de el rey Saúl, quien para no ser deshonrado siendo muerto por incircuncisos, se entierra su propia espada, siendo secundado por su escudero; el de Ahitofel, quien, debido a que su consejo no fue seguido, después de poner su casa en orden, se ahorcó; Otro caso fue el del rey Zimri, quien al ver tomada toda la ciudad, se metió a la casa del palacio real y le prendió fuego con él adentro.

Así mismo, la historia universal registra de igual manera la realización del suicidio en diferentes culturas, por ejemplo en la Europa antigua, sobre todo durante el imperio Romano, el suicidio se consentía, siendo considerado como un acto honroso, incluso el filósofo romano Séneca lo enmarcaba como el acto último de una persona libre.

En la India muchos sabios se suicidaron durante las fiestas religiosas en busca del nirvana. De igual manera, tanto en el Tíbet como en China, también proliferaron los suicidios bajo el impulso del Budismo, algunos en busca de la perfección y otros porque huían del enemigo.

II

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este sentido, puede hacerse mención de los quinientos discípulos de Confucio, quienes se arrojaron al mar en señal de protesta por la destrucción de los libros de su maestro.

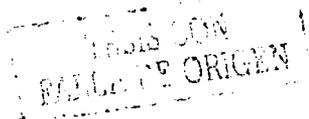
En Egipto, debido a que la muerte era una liberación, se formaron asociaciones en busca de los medios más agradables para morir.

Ejemplos más recientes de personajes reconocidos pueden rescatarse los mencionados por Zubiría (1999):

El escritor norteamericano Jack London, del cual su verdadero nombre fue John Griffith London, quien, después de ver destruido su matrimonio y ser abandonado por su público lector, se suicidó con fármacos en 1916. Ernest Hemingway, un novelista destacado, después de entrar en una fuerte depresión por sus problemas familiares, se disparó en la cabeza con un rifle de alto poder en 1961.

Jaime Torres Bodet, otro escritor destacado, al término de su vida fue aquejado por diversas enfermedades, además de quedar encadenado a una silla de ruedas debido a una caída donde se fracturó la pelvis, entrando en una depresión severa. En su carta póstuma manifestaba que había llegado a un instante en que no podía, a fuerza de enfermedades, seguir fingiendo que vivía, a esperar día a día la muerte, prefiriendo convocarla y hacerlo a tiempo, sin querer dar molestias ni inspirar lágrimas a nadie. habiendo cumplido hasta la última hora con su deber.

El poeta y crítico mexicano Jorge Cuesta fue otro de los protagonistas del



suicidio, ya que, posterior a tener una infancia problemática, el abandono de su hijo por parte de la madre y una relación incestuosa con su hermana menor, entró a una crisis mental, llegando a emascularse y a pesar de que se le controló la hemorragia, sin embargo, en un descuido de los enfermeros, se sacó los ojos y se ahorcó entre los barrotes de la cama.

La escritora británica Virginia Wolf, tras haber vivido con serias dificultades para relacionarse con el sexo opuesto y sufrir crisis de dolores de cabeza intensos, en 1941, metió piedras en sus bolsillos y se sumergió en el río Ouse, escribiendo en su diario que no podía volver a atravesar otra de esas épocas horribles, debido a que incluso ya empezaba a oír voces, y no se podía concentrar, decidiendo que el suicidio era la mejor opción.

Basado en lo anteriormente expuesto, parece conveniente acotar que el simple hecho de tener el conocimiento teórico de la realización de actos suicidas no es suficiente para dar cuenta de la realidad, complejidad y magnitud de dicho acto, mismo que, como se observó anteriormente, se ha venido realizando a través de los siglos desde tiempos remotos de los que se tiene registro en las diferentes culturas y estratos sociales hasta la actualidad; entendiendo por actualidad hasta el momento en que se están leyendo estas líneas.

Visto de esta manera, puede decirse que la practica del suicidio es la mejor manifestación de la democracia, en el entendido de que es realizada por pobres o ricos, cultos o incultos, religiosos o ateos, solteros o casados, triunfadores o perdedores, de familias extensas o nucleares, los que son reconocidos socialmente o

aquellos que viven en el anonimato, por hombres o mujeres, por niños, por adolescentes y por ancianos.

En este último punto, es claro que el acto suicida ya sea de un niño, un adolescente o un anciano, independientemente de que lo cometan en su habitación a puerta cerrada sin ayuda alguna, o más allá de los mensajes que dejen por escrito, su realización afectará recíprocamente tanto al suicida como al sistema familiar al que pertenece:

Al suicida, si no logra su cometido, sobrevivirá con los correspondientes sentimientos y emociones de ver frustrado su objetivo mismos que, posiblemente lo lleven a intentarlo nuevamente, además de las consecuencias físicas a las que se haya hecho acreedor, dependiendo del método empleado (arma de fuego, arma blanca, intoxicación por fármacos, auto incineración, ahorcamiento, emasculación, etc.).

Si logra su cometido, se quitará la vida, generando en el sistema familiar un proceso de duelo especial, porque si de por sí una muerte es ya un hecho lamentable y doloroso, el hecho de saber que ese miembro de la familia murió por suicidio, provocará una serie de interrogantes y sentimientos diversos en cada elemento de la familia, siendo algunos de ellos el remordimiento de no haber hecho lo necesario por ayudarlo desde las advertencias que daba de tiempo atrás; otro puede ser la permanente interrogante: ¿porqué lo hizo?; y otro puede ser el cargo de conciencia sobre todo cuando existió una carta póstuma donde se acusaba a alguien directamente de la realización del suicidio.

V

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayor parte de los autores referidos en el presente trabajo están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales, por ejemplo, la posición medica o psiquiátrica, plantea que en los casos estudiados, las personas presentan generalmente una fuerte depresión previa al suicidio.

Los psicólogos, tanatólogos y psicólogos sociales han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la realización del suicidio, planteando que éste se produce en algunas ocasiones para escapar de circunstancias dolorosas, como por ejemplo alguna enfermedad prolongada, en otras como un acto de venganza contra otra persona a la que se le acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión, resaltando estos sentimientos por las notas o cartas póstumas que en ocasiones dejan las personas antes de suicidarse. Sin embargo, un rasgo que prevalece es la percepción por parte del suicida de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio.

Aunado a esto, la pérdida de un ser querido, dolores crónicos físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución.

Cabe mencionar también que los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos; sin embargo, estas peticiones de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la

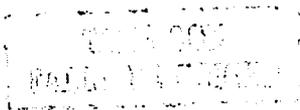


atención y cuyo único propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares.

Sería deshonesto querer abarcar en un solo trabajo todo lo relacionado con el suicidio en las diferentes etapas por las que atraviesa el ser humano, ya que, las causas circundantes, los métodos utilizados y las razones para realizarlo, tienen sus particularidades, dependiendo de si quien lo realiza es un niño, un adolescente o un anciano.

Por estas razones se ha preferido abordar en el presente trabajo el suicidio enfocándolo predominantemente en la adolescencia, concibiendo a esta por parte del autor del presente trabajo, como la etapa medular en el desarrollo del ser humano por las transformaciones físicas y emocionales que atraviesa el adolescente, concibiéndose como el producto de un largo y complejo trabajo de interacciones con su sistema familiar y a quien, por una parte, ya no se le permite seguir siendo niño ni actuar como tal, pero tampoco se le asigna un rol como un adulto, con las responsabilidades y privilegios que esto conlleva.

Aunado a esto, es importante resaltar la vulnerabilidad en la que se encuentra el ser humano en la etapa adolescente, por la necesidad de tener una "identidad" personal, que le permita, por una parte, dar una continuidad entre la experiencia de su etapa anterior de la infancia y los requerimientos acerca de su futuro como adulto, considerando la constante interacción que desarrollan los individuos dentro del sistema familiar, donde la conducta de cada elemento de este



sistema esta relacionada con la de los otros y depende de ella, esto bajo la premisa de que toda conducta es comunicación, y al comunicarse cada elemento del sistema familiar, influye sobre los demás y reciprocamente sufre la influencia de éstos, siendo imposible bajo estas circunstancias no comunicar algo.

De lo anterior puede desprenderse que el conflicto de comunicación individual que presente un adolescente, será solamente la manifestación de un conflicto de comunicación familiar, mismos que pueden tomarse en verdaderos patrones de comunicación patológicos (entendiendo por patrón las repeticiones o redundancias de un determinado tipo de comunicación que no da lugar a otro en un contexto determinado) de no fácil digestión para dicho adolescente, patrones que pueden llegar a ser verdaderos catalizadores para que el adolescente se inicie en una ideación suicida, pasando a tener conductas suicidas hasta finalmente llegar al acto suicida propiamente dicho;

Dichos argumentos pueden verse reflejados en los datos estadísticos aportados en diversos estudios (Kubler-Ross, 1985., Kolb, 1995., & Fishman, 1990) donde se plantea por ejemplo que en Estados Unidos el suicidio es la tercer causa de muerte en las edades entre los 6 y los 16 años, y más del 30 por ciento de los adolescentes han intentado o cometido suicidio, sin mencionar que en la década pasada constituyó la segunda causa de muerte entre los jóvenes, observándose que cada año cinco mil norteamericanos entre 15 y 24 años cometen suicidio.

En Canadá según S. Davison (1992), el suicidio es la segunda causa de muerte más común de las personas que van entre los 10 y 19 años de edad; y en México, según Zubiría (1999), sólo en el primer semestre de 1998 se registraron 198 suicidio

en el Distrito Federal, cifra no tan lejana de los 227 registrados en todo el año de 1997 de personas entre los 10 y los 30 años de edad.

En función de lo descrito anteriormente, el objetivo del presente trabajo de tesina, es realizar una revisión teórica general, analizando la posible influencia de la comunicación en la familia como uno más de los elementos en el contexto suicida de hijos adolescentes, proporcionando al psicólogo alternativas en la prevención de dicho acto bajo un enfoque sistémico; y donde, para su mejor comprensión se analizará en el presente trabajo a través de tres capítulos:

En el primero de ellos se abordará la definición del suicidio desde sus orígenes históricos, atravesando por definiciones sociales, psicológicas y tanatológicas; así como datos estadísticos de su incidencia en países como Canadá, Estados Unidos y México. Aunado a esto, se abordarán las características del suicidio, concretizándolas en tres fases tales como ideación, conducta y acto suicida, para culminar con el perfil del suicida, caracterizado por su deseo de matar, deseo de ser matado y deseo de morir.

En el segundo capítulo se expone una definición de lo que es la comunicación y tres axiomas de ésta: la imposibilidad de no comunicar, puntuación de la secuencia de hechos y la comunicación digital y analógica, así como la patología de estos axiomas; posteriormente se aborda la identidad del adolescente como un producto de interacciones dentro del sistema familiar, y por último, se aborda el suicidio en los adolescentes como un evento paranormativo en la familia, es decir, como un evento que ocurre normalmente pero no en todas las familias, y cuyo efecto se refleja en todos los miembros de la familia, misma que atraviesa por

IX|

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un proceso de duelo dolorosamente diferente al que podría pasar por una muerte normal de uno de sus miembros.

El tercer capítulo muestra la funcionalidad del papel del psicólogo en todo el proceso del suicidio, desde su prevención cuyo objetivo es el de reducir la probabilidad del comportamiento suicida desde líneas generales, aprovechando los medios de comunicación por ejemplo, así como iniciativas específicas tales como el interesarse directamente por quien se sospeche con ideaciones suicidas, hasta el establecimiento de "teléfonos abiertos" para consultas rápidas y directas. Así mismo, la etapa de intervención en el suicidio, la cual se presenta cuando la prevención no dio resultado y donde se debe enfatizar en dos aspectos básicos: la alianza terapéutica con el adolescente y la participación de la familia como sujetos de cambio, y la etapa de postvención, que se da, una vez cometido el acto suicida por parte del adolescente, con los sobrevivientes de éste, considerando a este grupo como de alto riesgo o propenso para que surja otro suicida de él.

Finalmente, a manera de conclusión del presente trabajo de tesina, se enfatiza en que éste no busca realizar un análisis exhaustivo, sino más bien, uno crítico y reflexivo de una realidad como lo es el suicidio, realidad que, aunque cotidiana, las investigaciones que se han realizado al respecto son escasas, como lo señala Fishman (1990), razón por la cual, tanto el escritor como el lector de éste, no pueden evadir su participación, misma que puede ir desde emitir una simple opinión, hasta tener la oportunidad de asumir una postura que se traduzca en hechos concretos, responsables, profesionales y humanos en el ámbito educativo, que es el campo de

X

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trabajo del autor de este trabajo, bajo la consigna de que el suicidio no es un destino inevitable, encontrando la manera de que el ser humano encuentre una mayor dimensión a la vida y a su propia vida, con el apoyo de su contexto familiar, que es el más próximo y al que se debe considerar como agente de cambio.

JUSTIFICACIÓN

Sin la menor intención de descalificar las acciones benéficas que la humanidad realiza cotidianamente en pro de la vida a nivel general e individual, puede afirmarse también que dentro de cada persona existe un principio de destrucción. Basta con observar con más detenimiento a través de los medios con que se tengan al alcance, el comportamiento del ser humano en los continentes,, en cada país del mundo, en nuestro propio país, en nuestra propia comunidad y, porque no decirlo, en muchas de nuestras familias, para confirmar nuestra tendencia a vivir planeando nuestra destrucción; pareciera como si la humanidad uniera sus fuerzas en un ataque contra su propia existencia, generando, por mencionar algunos: drogadicción, alcoholismo, incestos, violencia intrafamiliar, niños que asesinan y, particularmente, suicidios.

El suicidio, cabe decirlo, es un asesinato; y en sentido más estricto, es un asesinato del propio Yo, cometido por el propio Yo, y la persona que lo quiere realizar, necesita tener también, en diferentes grados por supuesto, el deseo de morir y de ser matad y una especie de fascinación por la muerte, de otra manera no se mataría el suicida en potencia. Aunado a esto, puede mencionarse que el suicidio tiene un carácter democrático, ya que puede ser realizado por individuos de todos los niveles económicos y culturales, posturas políticas o religiosas, provenientes de familias estables o caóticas, sin discriminación de edades, ya que en éste participan niños, adolescentes y ancianos.

En este sentido, el suicidio, que para efectos del presente trabajo sólo se

XII

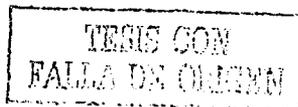
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

abordará en adolescentes, se realiza siempre dentro de un contexto que, la mayoría de las veces es el sistema familiar, entendiéndolo a dicho sistema como un conjunto de objetos y la relación de estos con sus atributos; en donde los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema. Así, mientras que los objetos pueden ser seres humanos individuales, los atributos con que en esta obra se los identifica, son sus conductas comunicacionales. Aspecto sumamente importante este último si se considera que tales seres humanos atraviesan por una etapa de adolescencia, donde se presenta, entre otras muchas características, una lucha por la identidad y donde una difusión o ambigüedad de ésta, propiciada por un tipo de comunicación patológica, puede alcanzar proporciones de crisis en el adolescente que le constituyan un reto para su identidad anteriormente estable.

Al considerar la importancia de la interacción entre los elementos del sistema familiar, y cuyo eje principal es la comunicación entre ellos como uno de los procesos más significativos y más propios de la especie humana, no resulta muy aventurado plantear que dicho proceso de comunicación no siempre será positivo para todos los miembros de dicho sistema, ya que en esto influirá, entre otras cosas, la etapa del ciclo vital de la familia en que se encuentre y cómo la estén asimilando.

Así mismo, es importante rescatar que los tipos de comunicación que empleen los padres pueden verse totalmente alejados e incluso patológicamente contrarios de los que maneje el hijo adolescente, pudiendo presentarse un choque comunicativo que orille, por la etapa tan vulnerable en que se encuentra éste, a tener ideaciones suicidas que posteriormente sean conductas suicidas, hasta llegar a la consumación propiamente dicha del acto suicida.

XIII



Debido a la seriedad y gravedad del problema del suicidio, se hace necesario recurrir a una concepción teórica que aporte elementos para dar cuenta de éste; es decir, de las condiciones que lo favorecen, del nivel de comunicación que hace que el suicida, llegue a la última etapa mencionada anteriormente, involucrando a todos y cada uno de los miembros de su sistema familiar y comunal.

Los elementos anteriores proporcionan la pauta para la realización del presente trabajo, el cual surge como una posibilidad de aportar elementos que permitan engranar de forma teórica el tema del suicidio y su relación con patrones de comunicación patológicos en familias con hijos adolescentes y adonde además, se considera que el psicólogo bajo una postura sistémica puede aportar muchos elementos de atención en la prevención intervención y apoyo a los sobrevivientes del suicida en el ámbito escolar, donde a pesar de los casos de suicidio registrados, ninguna autoridad educativa ha llegado a proponer la implementación de algún programa alternativo de trabajo.

XIV

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C A P I T U L O 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SUICIDIO

1.1. Definición de Suicidio.

Dentro de la literatura de la suicidiológica revisada, se observa cierta divergencia por parte de los autores acerca de una definición que de cuenta en su totalidad de la conducta suicida. Lo cierto es que en la evolución de dicho concepto se involucran aspectos de carácter ético, moral, religioso, político, psicológico, tanatológico, social y cultural al que pertenezca el autor que lo refiera; incluso Zubiria (1999, p. 13) menciona que *no tenemos todavía ni una sola palabra, ni una definición completa que encierre lo que él piensa como un juego complejo de conductas que son consideradas como suicidas*, situación que de entrada es aceptable debido a la complejidad de factores que se dan en torno a éste, como se describe a continuación:

1. - Cada treinta minutos, alguien se quita la vida en Estados Unidos, y quizás esta proporción se subestime enormemente.
2. - El numero de hombres que se matan es tres veces mayor que el de las mujeres.
3. - Las mujeres intentan matarse tres veces más que los hombres pero no lo logran.
4. - El suicidio se ha observado tanto entre personas de edad avanzada como entre los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muy jóvenes –de más de noventa años e incluso en menores de diez años de edad.

5. - El suicidio se ha observado en una proporción casi por igual en todos los niveles socioeconómicos.

6. - Ningún otro tipo de muerte deja en los parientes y amigos sentimientos tan duraderos de dolor, vergüenza, culpabilidad, perplejidad y perturbación general.

7. - Las armas de fuego son los medios más comunes de suicidio en los Estados Unidos. Los hombres son los que prefieren por lo general las balas. Las mujeres utilizan con más frecuencia los barbitúricos. En otras partes del mundo, los métodos varían de acuerdo con el país, en Inglaterra se utiliza el gas carbónico en la mayoría de los casos; en Austria, el gas y la horca; en los países escandinavos, medicamentos y veneno.

8. - El suicidio es en orden de importancia, la décima causa de muerte entre los adultos y la tercera entre los estudiantes universitarios.

9. - En los Estados Unidos, cada año se registran cerca de 500 suicidios cometidos por adolescentes y niños. (G. Davison & Neale. 1983. p.233).

Sin embargo, los planteamientos anteriores lejos de limitar el presente trabajo, son la base para su desarrollo, de forma tal que se puede plantear de inicio algunas definiciones con sus especificaciones; definiciones que, sin afán de querer

realizar un exhaustivo análisis histórico, pueden ubicarse en los siguientes subgrupos: Definición Histórica, Definición Social y psicológica y Definición Tanatológica.:

1.1.1. Definición Histórica

El problema del suicidio y del comportamiento suicida, data de siglos atrás según Zubiría (1999), quien menciona que la palabra suicidio la empleó por primera vez el abate Desfontaines en 1737, y es un vocablo que viene del latín: “ Sui”, así mismo y “Caedere”, matar, luego entonces, el termino se referiría a “matarse a sí mismo o a uno mismo.

A este respecto Clemente y González (1996. p. 18), mencionan que el termino suicidio y suicida es relativamente actual, surgiendo según algunas fuentes, en Gran Bretaña en el siglo XVII, y según otras en Francia en el siglo XVIII, pero a pesar de ello tradicionalmente se ha defendido que la palabra tenía su origen en el abate Prévost en 1734, de quien la retomaría el abate Desfontaines en 1737 y, posteriormente, Voltaire, siendo incluida por la Academia Francesa de la Lengua en 1762, como el acto del que se mata a sí mismo.

Estos mismos autores comentan que en España la palabra sería utilizada por primera vez en la obra de Fray Fernando de Ceballos: La falsa filosofía y el ateísmo, publicada en 1772 y cuyo objetivo era criticar la obra de Voltaire. Y no sería incluida en el Diccionario de la Real Academia Española hasta su quinta edición, publicada en 1817, momento para el cual se había generalizado la palabra con una etimología paralela a la de homicida, siendo definida como el acto de la conducta que daña y destruye al propio agente.

Por su parte Mandariaga (En: Clemente & González. 1996. pp. 19-20) menciona que anteriormente a su inclusión oficial, se utilizaban distintas expresiones para hablar del suicidio y se tenía una idea muy negativa de él, en gran medida, debido a la fuerza que en España tenía la religión católica, siendo categorizado como mala muerte: *Por el contrario, la mala muerte era aquella que acoge desprevenido a quien muere, y se sigue así una mala vida; la muerte súbita que impide el arrepentimiento de los muchos pecados. Por supuesto también es la muerte del que se tiene seguridad de estar en pecado en el momento de óbito, especialmente la del suicida.*

En este sentido, Pelicier, (En: Clemente & González 1996. p. 20), refiere que *las creencias populares motivadas por las leyes eclesiásticas que negaban la sepultura en los cementerios al suicida, promovieron que en el caso de producirse este hecho se alegara enajenación mental si no se podía ocultar por otros medios, de forma que se pudiera admitir al sujeto en dichos cementerios, en aquel momento regidos por la iglesia.* Así, indirectamente la religión católica contribuyó a que se creara el estereotipo del suicida como loco, pues era mejor pensar que alguien allegado no era consciente de sus actos, un enfermo mental, a saber que se había condenado al infierno eternamente.

Siguiendo con este breve análisis retrospectivo del suicidio, Clemente y González, (1996. p. 21), mencionan que en la filosofía griega se encuentran argumentos dispares para condenar o justificar dicho acto, retomando para esto las concepciones de los principales filósofos:

SÓCRATES: Para él, el suicidio es un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y el destino de los hombres, aunque sin embargo, reconoce que la muerte, es una liberación para el alma, tanto del cuerpo como de la vida terrenal

PLATON: Para él, el suicidio es una cuestión que supera lo religioso, comprendiéndola como una conducta que transgrede tanto normas legales como religiosas y políticas, incluso una falta de propia estima. A pesar de ello reconoce que es lícito para aquella persona a la que el destino le haya impuesto una vergüenza tal que le sea imposible la vida.

ARISTOTELES: En su opinión, el problema del suicidio es principalmente sociopolítico, aduciendo que no solo es una cobardía personal, sino un acto que va en contra de la polis, por lo que esta justificado que dichos sujetos pierdan ciertos derechos.

SENECA: En su epístola 70 a Lucilio establece los criterios por los que quedaría validado en el mundo occidental, considerando que la vida es potestad del individuo, por lo que propone el suicidio como una salida honrosa a una vida infructífera y dolorosa a la que todo hombre tiene derecho.

SANTO TOMAS DE AQUINO: Establece principios por los cuales se prohibía el suicidio "...El suicidio es un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación. Es como había dicho Aristóteles, un acto contra la sociedad, la comunidad y el Estado, pues se le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que

puedan rendirse, pero es también, y sobre todo, un acto contra Dios, que ha dado la vida al hombre.

SCHOPENHAUER: Desde su visión filosófica, el suicidio, lejos de ser una reafirmación de la muerte es una reafirmación de la vida, por cuanto se huye de lo negativo, no de lo positivo, por lo que ve al suicidio no como un desear morir, sino como un deseo de vivir que el hombre ve irrealizable, reconociendo que a nada en el mundo tiene cada uno tan indisputable derecho como a su propia persona y vida.

1.1.2 Definición Social y Psicológica.

El trabajo de Durkheim, (En: Zubiria, 1999. pp. 39-41) , rescata la relación entre los modelos suicidas y los factores religiosos y demográficos en Europa, definiendo al suicidio como *todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado postulando que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto individualista, considerándolo como consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración.*

Dentro de su teoría, este mismo autor identifica cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista, que sucedían como consecuencia de

determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad; el suicidio anómico y el fatalista venían determinados respectivamente por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad..

El Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsh (En: Zubiria. 1999. p. 12), describe sobre el suicidio lo siguiente: *En individuos psíquicamente sanos, la decisión, adoptada libremente, del homicidio a sí mismo puede ser consecuencia de una situación a la que no se le ve salida. Pero se produce a menudo en conexión con un estado psicótico o psicopático. En tal caso es expresión de un estado afectivo de angustia, desesperación y ausencia de otras salidas.*

Otra visión social sobre suicidio la plantean Clemente y González (1996. p. 25), argumentando que *El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él.* Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superado sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento.

1.1.3. Definición Tanatológica

El suicidio, en definición del Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, el Dorland en su 26ª ed., (En: Zubiria. 1999. p. 12) se entiende como: *Acción de quitarse la vida. Cuando se le llama suicidio psíquico significa: terminación de la propia vida sin emplear agente físicos.*

Zubiria, (1999), realiza también una definición respecto al suicidio desde una posición tanatológica, refiriendo que al hablar de suicidio se debe referir a todas aquellas

conductas autodestructivas que, de manera directa o indirecta, ponen en peligro la vida, sean conscientes o inconscientes, sean voluntarias o involuntarias, sean activas o pasivas, es decir, positivas o negativas.

En suma, es indudable que existen muchas más definiciones que las mencionadas anteriormente; sin embargo, no es propósito del presente realizar una revisión conceptual exhaustiva del suicidio, sino rescatar aspectos relevantes de forma crítica y reflexiva que sirvan de base para dar continuidad a los capítulos siguientes. La concreción de esto es que el suicidio constituye uno de los más graves problemas de la sociedad y ocurre cada vez con mayor frecuencia.

Kolb, (1995), menciona que en Estados Unidos la frecuencia de suicidios es más o menos de 10 por 10 000 y figura en el onceavo lugar como causa de muerte.

Este mismo autor menciona que la experiencia clínica indica que las tentativas de suicidio son más comunes en pacientes que crecieron en familias donde las amenazas de suicidio se utilizaban para ejercer presión o a quienes sus padres les hicieron sentirse culpables y responsables de la muerte inminente de alguien.

Fishman, (1990), argumenta que durante la década pasada el suicidio ha adquirido en los Estados Unidos características de epidemia nacional constituyendo entre los jóvenes la segunda causa de muerte, observando que cada año más de cinco mil norteamericanos entre 15 y 24 años cometen suicidio.

Kúbler-Ross, (1985. p.112), argumenta que el suicidio entre los 6 y los 16 años de edad es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos; y en muchas comunidades donde han trabajado, más del 30 por ciento de los adolescentes han intentado o cometido el suicidio. Aunado a esto, dicha autora realiza una hipótesis sobre la tragedia de la sociedad estadounidense, enfatizando en el efecto de los mensajes que se vierten a los hijos tales como: *te querré si traes buenas calificaciones, Te querré si tienes éxito en la secundaria; ¡Dios mío, cómo te amaré si un día puedo decir mi hijo es doctor!*. Y de esta manera, se orilla a los hijos a prostituirse para complacer a quienes utilizan dichos mensajes

S. Davison, (1992), realiza un análisis de estadísticas de suicidio en Canadá entre los años 1961 a 1981, encontrando que para todas las edades y para ambos sexos, la tasa de suicidios logrados entre los canadienses se ha incrementado en casi un cien por ciento, concluyéndose que el suicidio es la segunda causa de muerte más común de las personas que van entre los 10 y 19 años de edad.

Zubiría, (1999) cuyo trabajo tanatológico es realizado en México, plantea que en este país han aumentado alarmantemente los suicidios cometidos por personas entre los 10 y los 30 años de edad, constituyendo tan solo en 1996 la tasa más numerosa de muerte.

Así mismo, registra una comparación de suicidios realizados en el Distrito Federal a lo largo de 1997 y el primer semestre de 1998, (ver anexo 1) aclarando que en estos datos están registrados solamente aquellos casos que técnicamente pudieran ser considerados suicidios comprobados con base en las indagaciones testimoniales médicas y forenses del tema.

La conclusión a la que llega dicho autor es que un solo semestre de 1998 ha visto tantos suicidios como todo el año de 1997.

1.2 Características del Suicidio

Se observan algunas diferencias teóricas respecto a la caracterización del suicidio como tal, situación que no es rara si se considera su complejidad. Sin embargo, existen etapas por las que atraviesa el suicida y que varios autores concuerdan en ellas (Villardón, 1993., Kolb, 1995., López, Medina, Villalatoro, Juárez, Carreño, Berenzón y Rojas, 1995., Forteza y Palos 1995., Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998; & Zubiría, 1999); con algunas variantes mínimas. Estas etapas se pueden enumerar de la siguientes manera, y que para efectos del presente, caracterizarán al suicidio:

1.2.1. ideación Suicida

Esta es considerada por la mayoría de los autores arriba mencionados como la primer etapa del suicidio; en esta fase la persona manifiesta, generalmente de forma verbal, que esta pensando en matarse. La lógica de dichas verbalizaciones es la siguiente: " Mi vida ya no tiene sentido"; "Yo estaría mejor muerto"; "Ustedes estarían mejor sin mí"; "Ya quiero descansar de tantos problemas", etc. Dichos mensajes pueden parecer irrelevantes e incluso normales o comunes, sin embargo, Zubiria, (1999) argumenta que quien escucha estas voces, esta oyendo verdaderos deseos de muerte de quien las profiere y por lo tanto no debería de hacerse caso omiso de ellas.

Es importante hacer notar aquí que de todo pensamiento o ideación suicida no se sigue la conducta autodestructiva; pero sí a todo suicidio le precede un estado mental de asunción e interiorización del mismo.

Por su parte Villardón, (En: Clemente & González 1996. pp. 59-60) plantea tres hipótesis que favorecen la ideación suicida:

1. - El grado de ideación suicida esta en función del nivel de estres a que este sujeto el individuo y el uso que haga de su capacidad de afrontamiento.
2. - Diferentes niveles de estres y afrontamiento, y la interacción de los mismos, pueden provocar diversos grados de pensamiento suicida independiente del efecto del estado mental suicida.

3. - El suicidio es predecible a partir de ciertas variables sociales, psicológicas y psicosociales, a saber: la soledad, apoyo social, autoconcepto y autoestima, depresión, estres y afrontamiento, principalmente.

Por su parte, Kolb, (1995) realiza un señalamiento importante respecto a las manifestaciones verbales de amenaza de suicidios, comentando que "Las amenazas de suicidio predominan como un medio de dominar y controlar a otras personas, utilizándose por ejemplo para forzar relaciones amorosas tanto homosexuales como heterosexuales (incluyendo el matrimonio), o para impedir que dichas relaciones se disuelvan, para forzar a los padres a que aprueben los deseos de los hijos o viceversa, para obtener un trato favorable, y para evitar determinados tipos de servicio obligatorio (por ejemplo el servicio militar). Se estima que las tentativas de suicidio sin éxito son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios logrados.

Asi mismo, Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, (1998) en un estudio realizado en México a través de entrevistas en el hospital Dr. Manuel Gea González, donde el objetivo era rescatar la relación entre la ideación suicida y la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol, refiere que el riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta la desesperanza, ya que dicho vínculo, según los autores, se debe a que generalmente se ha relacionado la conducta suicida con una rigidez cognoscitiva, caracterizándose esta ultima por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales, en este sentido, esencialmente el esquema cognoscitivo toma la forma de expectativas negativas o de pesimismo acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros, y da como resultado la pérdida de la motivación y la presencia de pensamientos negativos acerca del futuro.

Por su parte Forteza & palos, (1995) realizan un estudio en México titulado "La relación de los hijos con sus progenitores de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos", donde rescatan entre otras cosas, que en las mujeres adolescentes es evidente la importancia de la comunicación con ambos padres, así como el interés que estos presenten por conocer el círculo de amistades con quien ella se relaciona. Dichos factores de una adecuada relación comunicacional se conformaban como indicadores protectores de la depresión y de la ideación suicida en las adolescentes estudiantes de secundaria.

Por ultimo, López et al. (1995), basándose en los datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en la Comunidad Escolar realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de educación media y media superior, realizaron un análisis sobre la relación que

existía entre la ideación suicida en los jóvenes y el abuso de sustancias tóxicas, proponiendo cuatro reactivos para evaluar la ideación suicida a las que los adolescentes debían de responder: "no podía seguir adelante", "tenía pensamientos de muerte", "sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto", "pensé en matarme". Los resultados encontrados fueron que un 47 % de los estudiantes presentaron al menos un síntoma de ideación suicida, 17 % reportó haber pensado en quitarse la vida, y 10 % respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala; dichos autores concluyeron que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas y de bebidas alcohólicas, es decir que a mayor consumo de drogas y bebidas alcohólicas, mayor riesgo de ideación suicida.

Considerando las porciones teóricas mencionadas con anterioridad, es fácil observar que la ideación suicida por sí sola no da cuenta del suicidio, ya que como se mencionaba en una de ellas, puede utilizarse para el chantaje, sino que es una parte del proceso; razón por la cual se hace necesario que aunado al análisis de la ideación suicida, se lleve a cabo también el de la conducta suicida. .

1.2.2. Conducta Suicida

La conducta suicida es la segunda etapa o fase, donde el suicida ya no solo verbaliza su deseo de morir solamente, sino que puede observarse un notorio cambio de conducta, por ejemplo, si es una persona muy ordenada, puede comenzar a dejar todo en desorden, como si nada le importara, o, por el contrario, un desordenado empieza un comportamiento contrario, como si quisiera dejar todo en orden. Otro ejemplo es cuando una persona triste se manifiesta todavía más triste, o al revés,

manifiesta una alegría que hasta puede ser contagiosa, como si hubiera encontrado ya la solución a su vida.

Ante este ejemplo de ambivalencia por parte de la persona, Zubirfa, (1999) menciona que muchas veces ha sucedido admiración ante la noticia del suicidio de una persona así, realizándose los comentarios sobre lo contenta o tranquila que se vio a la persona los días anteriores, El fundamento para dicha conducta suicida, según refiere el autor mencionado, es que si se considera como razones frecuentes de la

ideación suicida a la frustración y la culpa, ambas emociones propician rabia, y la rabia es una manifestación propia de la agresión, que pueden tomarse en auto agresión y extraagresión, y cuando estas llegan a su máximo extremo, aparecen los deseos de morir y de ser matado.

1.2.3. Acto Suicida

La persona que ya tuvo una ideación suicida, posteriormente una conducta suicida y no tuvo ayuda, llega a esta tercera y última etapa, donde logra la culminación de su cometido; es donde se concretiza lo que en algún momento de su vida y por diversas razones, surgió como una posible idea de solucionar situaciones individuales.

El acto suicida es tan variable como lo permite la imaginación humana, argumento que es sólo un reflejo de la cantidad de investigaciones realizadas por los autores mencionados que concuerdan en las tres etapas del suicidio, ubicándolos como "métodos empleados".

Así por ejemplo Kolb, (1995) menciona que el principal método para suicidarse es la automedicación, sobre todo en cantidades exageradas y cortadura de venas de las muñecas

Por su parte, Menninger, (1972) menciona que los hombres prefieren, estadísticamente hablando, armas de fuego, mientras que las mujeres optan por los fármacos, relacionando dichos resultados al papel masculino (actividad agresiva) y al rol femenino (receptividad pasiva). Otros métodos mencionados por este autor son:

autoincineración, ahogamiento, dejarse atropellar por camión, tren, metro (método muy de moda en México), ahorcamiento y envenenamiento.

Como se observa, los métodos empleados son tan variados como la imaginación humana permita el privarse de la vida, lo que lleva a la reflexión seria de cuestionarse el perfil del suicida, es decir, quién es esa persona capaz de idear y actuar su propia muerte

1.3. Perfil del Suicida

El suicida no es un loco, no es un cobarde, ni un valiente, el suicida es una persona común y corriente como el lector de estas líneas o el escritor de las mismas; su característica particular, sobre la base de la bibliografía revisada, es que es una persona que esta sufriendo de una total desesperanza, por eso para él la única salida viable es la muerte, y, paradójicamente, sobre ésta gira su vida.

Aunado a esto puede mencionarse que el suicidio no se restringe a una persona o grupo de personas de una edad exclusiva, ya que lo realizan niños, adolescentes y ancianos:

Niños : En este tipo de suicidios se ha observado que una preocupación excesiva por la posible muerte de los padres puede ser un elemento para diagnosticar una potencial conducta suicida, más cuando se relaciona con el concepto de que la muerte es agradable o reversible. Así mismo, se afirma que las tendencias de los niños a tener una conducta suicida esta determinada por una constelación de factores de

riesgo específicos (todos ellos hablan de depresión), que incluyen depresión, pérdida de esperanza, sentimiento de inutilidad, deseos de morir, preocupaciones por la muerte de un ser querido, creencia de lo reversible de ésta y la depresión o conducta suicida de los padres (Zubiría, 1999. pp. 123-124).

Adolescentes : Respecto al suicidio en adolescentes Zubiría, (1999) plantea que muchos estudios demuestran que el suicidio en adolescentes marca el fin de un largo proceso de una muy mala relación en familias rotas o con desordenes psiquiátricos, así como la presencia de una fuerte depresión disfrazada o enmascarada.

Al respecto de los adolescentes, Fishman, (1990) argumenta que la investigación existente señala que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente; situación que se reafirma con los estudios realizados por Teicher , & Jacobs, (En: Fishman, 1990. p. 198) quienes observaron que los adolescentes suicidas presentaban malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que les impedían establecer las relaciones y los modelos propicios que le permitieran al adolescente enfrentar los problemas y tensiones asociados con esta etapa.

En este sentido, otro investigador Sabbath, (En Fishman, 1990. p. 198) comprobó que la tensión familiar es un factor clave en las tendencias suicidas de los adolescentes, ya que estos tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos, manifestando que sus hogares están dominados por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional, existe un agudo resentimiento hacia los padres o padrastros, acompañado por una creciente incomunicación.

Por su parte Doltó, (1990. pp. 122-123) menciona que cuando el adolescente crea el fantasma del suicidio experimenta una especie de placer de poder sobre sí mismo, va a jugar con su vida. *A los quince-dieciseis años, se tiene una aprehensión de la muerte muy distinta de la de los siete-ocho años, la muerte le es familiar al niño; la encuentra pero no la busca. El adolescente se relame con la idea de la muerte y la emoción que va a causar a los que sobrevivirán y le extrañarán.*

Ancianos : Zubiría, (1999) menciona que entre las muchas razones que sirven para explicar el porqué del suicidio de los viejos, están la soledad, la tristeza, el aislamiento, la desesperanza, la depresión, el aburrimiento, un sentimiento de inutilidad, pérdida de un amor, problemas económicos serios, sentimientos de infelicidad y varios otros. Aunado a esto, dicho autor comenta que aunque es cierto que lo único seguro que se tiene en la vida es que ésta se va a terminar, lo incierto es conocer el momento en que la muerte sea total, lo que también puede provocar confusión, angustia y malestar crecientes, sobre todo cuando la vida ha perdido sentido o interés, y quizás esta última frase resuma la tragedia de muchos ancianos y muestre la razón de la sinrazón de su vida, y los lleve a una ideación o conducta suicida y que, si no encuentran la ayuda adecuada terminarán en el doloroso acto del suicidio.

Analizando lo anterior, se puede rescatar que es difícil acotar con exactitud un perfil del suicida, ya sea niño, adolescente o anciano, debido a la diversidad de factores que lo engloban, sin embargo, lo que sí es claro, es que para realizar el suicidio, la persona necesita tener, en diferentes grados por supuesto, el deseo o intención de morir, de otra manera el suicida en potencia no se mataría.

En este sentido, Zubiría, (1999) realiza una afirmación que en el presente capítulo se considerará a fin de perfilar al suicida: "En todo suicidio, y por lo mismo en todo suicida, existe, pues, un deseo de matar, un deseo de ser matado y un deseo de morir y, completando el cuadro, una especie de fascinación por la muerte"

Luego entonces, para establecer el perfil del suicida se considerarán las tres intenciones o deseos: Deseo de Matar, Deseo de ser Matado y Deseo de Morir.

1.3.1. Deseo De Matar

Como lo ha demostrado el ser humano a lo largo de la historia, dentro del corazón de todo hombre esta, a lo mejor dormido, el instinto de destrucción. Este instinto de destrucción hacia lo exterior es fácil de observar en la cotidianeidad, por ejemplo, cuando se priva de algo a la persona, o cuando no alcanza una plena satisfacción de sus actitudes, puede venir un deseo de matar a esa persona o grupo de personas causantes del sufrimiento o la frustración. Lo interesante aquí, es la siguiente cuestión: ¿porqué el suicida, lejos de matar a los causantes de su sufrimiento o frustración, realiza esta actividad contra sí mismo?

Una aproximación para dar respuesta a dicha cuestionante la plantea Zubiría (1999. pp. 60-61), enfatizando en la introyección en el inconsciente con un ejemplo real: *Un muchacho de 18 años, le pidió permiso y dinero a su padre para salir con su novia; quería llevarla al cine, a cenar y después a bailar; el padre no lo autorizó y le*

recordó que estaba castigado por sus malas calificaciones. El joven insistió, luego rogó y por último se enfureció, pero su papá no quiso ceder. Entonces se dirigió al escritorio del señor, abrió un cajón, tomó la pistola y, ante la mirada paralizada del padre, la metió en su boca y se disparó. En la acción del hijo hubo un fuerte deseo de matar: en el momento de la discusión, su odio fue tan grande que quiso matar a su padre y lo hizo a costa de su propia vida. Mató al padre introyectado.

Las razones ambivalentes por las cuales el suicida no asesina al agresor, sino al propio yo, el autor mencionado las enumera de la siguiente manera:

- Miedo a las consecuencias (la cárcel por ejemplo)
- La conciencia que prohíbe y que en ocasiones es muy fuerte
- La existencia del amor. Es muy duro matar a alguien a quien se ama y que, normalmente es a quien se desea ver muerto.
- La naturaleza de la acción que sirve como detonante
- El carácter personal del suicida.

Ejemplo claro de esto son las cartas o mensajes que dejan los suicidas donde se observan muchos rasgos que reafirman lo anterior, como la mencionada en Zubiría (1999, p. 74) y que se espera sirva de ejemplo la siguiente:

Dora: cuando leas esta carta estarás en el avión volando a París, yo seré para entonces un cadáver. Quiero decirte que siempre te he amado y que nunca dejaré de hacerlo. Lo malo fue que tu siempre preferiste a tus amigos que no lo son... Ayer fue un día muy triste: estuve solo y pensando que tu estarías feliz con tus amigos por tu cumpleaños. Desde hace años, desde que murió mi abuelito en su fiesta de cumpleaños odio las fiestas... Mi vida se ha vuelto un vacío que sé que nunca se llenará porque nadie podrá llenarlo. Se fue mi amor y quedé totalmente solo... Vivo en un pozo negro, profundo en el que no brilla la menor luz de esperanza y en el que me siento muy solo. Y así no se puede vivir... Sé que tu vas a luchar y a triunfar; yo luché y perdí... Acepto que no soy sino un simple ratón en busca de un agujero... Te pido que te olvides de mí porque no quiero que sufras... Te amo y viviré siempre dentro de ti... Fídele a Dios por mi alma. Dile que tenga compasión de mí... Perdóname y olvídate. Te ama: Paco.

1.3.2. Deseo de ser Matado

Se trata del mayor grado de masoquismo al que accede una persona, y Zubiria, (1999) lo enmarca en el super yo, enfatizando nuevamente en el inconsciente del suicida; argumentando que es precisamente en el super yo donde están las prohibiciones y todas las obligaciones, y si se considera que gran parte de nuestros actos conscientes están motivados por el inconsciente, esto hace que muchas veces uno se sienta culpable incluso sin saber porque. En este sentido, la lógica es que el

que tiene la culpa merece ser castigado, y como la culpa se vuelve rabia, nace y se fortalece una conducta auto agresiva.

Aunado a esto, el mismo autor plantea que si se considera que el inconsciente no distingue entre fantasía y realidad, el simple pensamiento de desearle un mal a un ser querido (deseo de matar) puede ser fruto de intensos sentimientos de culpa, como si en la realidad se hubiera destruido a dicha persona, lo cual trae consigo una intensa rabia contra uno mismo.

1.3.3. Deseo de Morir

Zubiría, (1999) se inclina por el hecho de que existe la gran posibilidad de que el tan manifestado deseo de morir no sea tan real, o sea menos real que la solicitud de ayuda para seguir viviendo, razón por la cual, cuando muchos suicidas en potencia buscan su propia muerte, fallan en su intento, porque para matarse intentan técnicas que seguramente no alcanzarán su cometido.

Sin embargo, otro grupo con riesgos serios en su cometido de suicidarse, esta conformado por aquellos estudios realizados por diferentes autores: (López, et.al. 1995; Forteza, et.al. 1995; y Mondragón, et al. 1998); donde se encontró estrecha relación sobre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas; la relación de los hijos con sus padres y su correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida; por último, la ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol, respectivamente.

C A P I T U L O 2

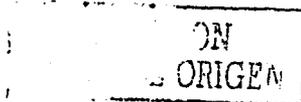
PATRONES DE COMUNICACIÓN PATOLÓGICOS EN FAMILIAS CON HIJOS ADOLESCENTES

2.1 Axiomas de la Comunicación

La comunicación, si se permite decirlo, es uno de los más preciados tesoros de los que dispone el ser humano; basta observar la interacción de una persona en un contexto para constatar que al comunicarse realiza acciones, movimientos, emite sonidos, habla, escucha, lee, escribe, piensa, reflexiona, esta vestida de determinada manera etc., todo esto con el fin de lograr un propósito o satisfacer una necesidad. Así pues, puede decirse en general que el hombre se comunica para:

- a). Satisfacer una amplia serie de necesidades
- b). Para sentirse vivo y manejarse en un mundo socializador.

En suma, la comunicación envuelve al individuo cotidianamente y en todos los contextos en que interactúa, exigiéndole habilidades muy diversas dependiendo tanto del contexto donde se encuentre interactuando, como del papel o rol que le toque jugar en esta situación comunicativa, debiendo tener claros dos niveles principales que se dan dentro de ésta: el nivel digital, que es el contenido verbal y el nivel analógico, que es el material no verbal, o por decirlo de alguna manera, es lo que rodea al contenido verbal, y también acerca de la naturaleza de la relación entre las personas involucradas.

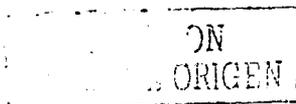


Lo anterior se sustenta con la definición de Satir, (1986. p. 71) quien menciona que *la palabra comunicarse se refiere a la conducta no verbal tanto como a la conducta verbal dentro de un contexto social; aunado a esto, comunicación puede significar interacción, o transacción, incluyendo dicho termino todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un significado.*

En este sentido, tanto en un contexto de sistema familiar como en todos los sistemas abiertos, Watzlawick, Beavin y Jackson (1967. pp. 23-24), realizan una aproximación de trascendental importancia al analizar los fenómenos de la comunicación humana enfatizando en la pragmática, es decir, los efectos que causa dicha comunicación sobre la conducta en la interacción que se desarrolla entre los elementos de dicho sistema familiar, realizando la acotación de que desde la perspectiva de la pragmática *toda conducta y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan la conducta.*

En este orden de ideas, dichos autores intentan pasar de un estudio deductivo de la mente, al estudio de las manifestaciones observables de dicha relación, afirmando que el vehículo de tales manifestaciones es la comunicación, refiriendo tres axiomas para dar cuenta de ésta:

2.1.1. La Imposibilidad de no Comunicar: En este primer axioma se plantea que, todo lo que se haga o deje de hacer, todo lo que se diga o deje de decir es conducta. En este sentido, si se acepta que toda conducta en una situación e



interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar; luego entonces, actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre el valor de mensaje e influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican. Por último, otro aspecto importante de este axioma es que tampoco puede afirmarse que la comunicación sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo, aspecto relevante si se considera que muchos padres, ante el suicidio de su hijo, defienden que ellos no pudieron haber provocado esto, ya que su relación padres-hijo era normal.

2.1.2. Puntuación de la Secuencia de Hechos: En este se hace referencia a la interacción o intercambio de mensajes entre comunicantes; por ejemplo, una serie de comunicaciones entre dos personas observadas por una tercera, puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios sin embargo, lo importante a rescatar en la puntuación de la secuencia de hechos es la interpretación que le dan los participantes directos de dicha interacción, ya que lo que interesa en el enfoque sistémico no es simplemente el intercambio de información, sino la pragmática de la comunicación.

2.1.3. Comunicación Digital y Analógica: Es importante acotar primeramente que la comunicación digital es el tipo de comunicación donde se utilizan las palabras para referirse a algo, enfatizando que la relación entre el nombre y la cosa nombrada esta arbitrariamente establecido, ya que las palabras son signos arbitrarios que se manejan adecuadamente con la sintaxis lógica del lenguaje.

Respecto a la comunicación analógica puede mencionarse que es todo lo que sea comunicación no verbal; sin embargo, esta afirmación no se reduce solo a los movimientos corporales, sino que incluye postura, gestos, expresión facial, inflexión de la voz, el ritmo y la secuencia de las palabras mismas y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo sea capaz.

En concreción de este apartado, es importante rescatar la importancia que tiene la comunicación en la interacción de los individuos, ya que como se mencionó anteriormente, todo lo que se haga o deje de hacer y todo lo que se diga o deje de decir por una persona afectará directamente a quienes se encuentran a su alrededor en ese momento, y recíprocamente él será afectado por lo que en su contexto se haga o deje de hacer o se diga o deje de decir.

2.2 La Comunicación Patológica

Aquí es importante mencionar que no todos los principios de comunicación son positivos y conscientes, ya que estos pueden verse distorsionados hasta llegar a formar verdaderos patrones de comunicación patológica, entendiéndose por patrón las repeticiones o redundancias de un determinado tipo de comunicación que no da lugar a otro en un contexto determinado, con los efectos pragmáticos que esto conlleva en las personas que se encuentran relacionadas con el empleo de dichos patrones.

Watzlawick, (et al. 1967), refiriéndose a los axiomas de comunicación anteriormente expuestos menciona que cada uno de ellos implica como corolarios ciertas patologías inherentes, partiendo de esto, trata de demostrar que las distorsiones de la comunicación a nivel de la conducta a menudo corresponden a diversas psicopatologías individuales, mismas que se examinan de la siguiente manera:

2.2.1 La Imposibilidad de no Comunicar: hace especial énfasis en la comunicación esquizofrénica, argumentando que estas personas se comportan como si trataran de negar que se comunican y luego encuentran necesario negar también que esa negación constituye en sí misma una comunicación. Llamando a este tipo de lenguaje utilizado *esquizofrenés*, lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no solo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles.

2.2.2. Puntuación de la Secuencia de Hechos: Las discrepancias en cuanto a la puntuación de la secuencia de hechos tienen lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe; en la raíz de estos conflictos de puntuación, existe la convicción firmemente establecida y por lo común no cuestionada de que sólo existe una realidad, y que cualquier visión que difiera de esta tiene que deberse a irracionalidad o mala voluntad y estos casos de comunicación patológica constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación; en otras palabras, hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse.

2.2.3. Errores de Traducción Entre Material Analógico y Digital: En este nivel se argumenta que el material del mensaje analógico carece de muchos de los elementos que forman parte de la morfología y la sintaxis del lenguaje digital; el material de los mensajes analógicos se presta a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles. Así, no solo le resulta difícil al emisor verbalizar sus propias comunicaciones analógicas, sino que, si surge una controversia interpersonal en cuanto al significado de una comunicación analógica particular, es posible que cualquiera de los dos participantes introduzca en el proceso de traducción al modelo digital, la clase de digitalización que concuerde con su imagen de la naturaleza de la relación.

2.3 Identidad en el Adolescente

Sin afán de caer en un simplismo, en el presente apartado se considerará al concepto de identidad como el resultado de una integración entre el ideal de vida del adolescente y el de la sociedad en la que interactúa; concepción que da por resultado dos aspectos a clarificar:

Por una parte el adolescente tiene una necesidad de desarrollarse a través de sí, en el sentido de una confrontación permanente que el Yo hace entre su imagen y conductas y su ideal de vida.

En segundo término (aunque no por esto menos importante) y debido a que dicho adolescente no es un ente aislado sino que interactúa con otros individuos dentro de diferentes sistemas de forma cotidiana, afectando y siendo afectado a través

de su proceso comunicativo, éste presenta un desarrollo a través de los demás, mediante la confrontación de sus ideales con los de los diferentes contextos donde socializa, siendo en primera instancia la familia, su comunidad y las instituciones que frecuente.

Al respecto Barnley, (1978. p. 25), menciona que curiosamente el adolescente ya no soporta que se le hable como a un niño o en su caso una niña, sobre todo que se use autoridad con él; sin embargo, su memoria esta llena de recuerdos, su infancia esta muy próxima, *tiene miedo de la vida que le aguarda* y todavía necesita ser tranquilizado por los que siempre le han protegido. Así mismo, paradójicamente, aunque desea ser adulto lo más pronto posible y demanda su independencia, dicho adolescente se siente a sus anchas en su irresponsabilidad de actividades del hogar decepcionándose por ejemplo, cuando llega a casa y no le han preparado la comida, demandando algunos de ellos a sus padres que los acompañen el día en que obtienen su título de bachiller, e incluso, menciona el autor que son muchos los que desearían pedirlo pero no se atreven.

En concreto, puede argumentarse que el proceso de identidad, en el adolescente se consolida con el desarrollo de éste a través de sí mismo y su interacción con los contextos donde interactúa, lo que le conforma un desarrollo a través de los demás.

En este sentido, pareciera sencillo entonces que el adolescente tuviera su identidad de forma rápida y sencilla al interactuar dentro de su familia, ya que como

lo señalan Covarrubias, y Gómez, (p. 110. En: Avila. 1998), *La familia sirve como unidad social primaria*. Los padres actúan como agentes socializadores, proveen objetivos y valores de los cuales el niño sacará pautas de conducta; mismas que constituyen la base para la interacción con otros.

Sin embargo, es imposible no dejar de lado la cuestión de la crisis o ambigüedad de identidad, por la razón de que no le es fácil al adolescente, y por ende a su contexto, lograr este engranaje, podría decirse incluso que al encontrarse el joven en esta lucha por su identidad, se hace cada vez más vulnerable a los embates que se le propicie desde el exterior, situación que no es difícil de entender si se consideran los siguientes aspectos:

- ◆ El adolescente deja de ser niño, su cuerpo se transforma, con sus correspondientes cambios físicos y nuevos impulsos y sensaciones.
- ◆ Puede existir un conflicto entre sus ideales sobre la libertad, la vestimenta, concepción de las drogas y el alcohol, etc. y el contexto más cercano donde interactúa que es la familia.
- ◆ Por su necesidad de socialización puede presentar crisis si no se considera aceptado en su totalidad por este medio socializador que en primera instancia es la familia, medio que lo puede orillar a tener conductas como el suicidio para ser tomado en cuenta.

Lo anterior queda sustentado con los argumentos de Erickson (En: Mckiney. 1982. p. 204) quien acuñó el termino de *lucha por la identidad*, mencionando que en esta etapa el adolescente esta haciendo frente a la apremiante urgencia o necesidad de una identidad personal, es decir, de una continuidad entre su experiencia anterior y las fantasías acerca del futuro.

Al respecto Conger, (1980. p. 38) plantea que a su manera, los padres de hijos adolescentes también pueden enfrentar una *crisis de identidad*, cuando caen en la cuenta de que sus hijos están alcanzando el punto máximo de su vigor físico y sexual, mientras que ellos entran en la edad madura y el resto del camino es cuesta abajo, acrecentándose esto en una sociedad tan obsesionada por la juventud y tan desdeñosa con la vejez.

2.4. Familias con Hijos Adolescentes

Desde una perspectiva sistémica, es indudable la importancia que tiene la interacción familiar en todos y cada uno de sus miembros. En este sentido, Leveton (1994. p. 118) señala que *los sistemas familiares son descritos como funcionales cuando su proceso sirve para promover el saludable crecimiento de los miembros de la familia y, son disfuncionales en el grado que retardan el desarrollo de los mismos y crean síntomas en uno o más de ellos.*

Al respecto, Salcido, (1997. pp. 38-39), menciona cinco funciones de la familia contemporánea como grupo social:

1) Proveer el contexto social para el desarrollo de las ligas afectivas en la vida familiar. El contexto para la evolución del afecto.

2) La oportunidad para el desarrollo de la identidad personal, ligada a la identidad familiar, lo que proporciona la integridad psíquica y la fortaleza para enfrentarse a nuevas experiencias.

3). El desenvolvimiento de los roles sexuales, que preparan la madurez sexual y la satisfacción

4) La preparación para la integración social y la aceptación de la responsabilidad en ese campo.

5) El cultivo del aprendizaje y el apoyo para el desarrollo de la creatividad y la iniciativa.

Si se considera a la adolescencia como un periodo del desarrollo del individuo que se da aproximadamente entre los trece y los diecinueve años de edad como lo menciona *no es difícil comprender al adolescente actual como el producto de un largo y complejo trabajo de interacciones con su sistema familiar y donde, cabe decirlo, el conflicto individual que presente dicho adolescente, será solamente la manifestación de un conflicto familiar* (McKinney, 1982. p. 3). O como lo menciona Bertalanffy, (1968. p. 229), *la respuesta a la falta o no de salud mental de un individuo, depende en última instancia de que disfrute de un universo integrado congruente con el marco cultural que le toque.*

Así mismo, es importante rescatar que los patrones de comunicación de padres a hijos varían de acuerdo a la edad de estos últimos, aspecto que para efectos del presente trabajo se enfatizará en la etapa de la adolescencia, etapa medular ya que representa, para quien la atraviesa una oportunidad de incidir con toda su energía en la proposición de nuevas ideas y perspectivas de futuro, orillando a la familia a tener reajustes.

En otras palabras, la adolescencia pone en crisis no solo al adolescente, sino también a la familia, concibiendo a esta como un sistema dinámico organizado, el cual es algo más que la suma de sus elementos; más bien puede considerarse como una totalidad que regula la relación de estos elementos por límites claros y flexibles así como por un conjunto de reglas; también tiene una organización y estructura establecida a través de los roles que cada uno de ellos adopta de acuerdo a sus jerarquías. Así mismo, como sistema tiene una tendencia homeostática (es decir, de equilibrio) y otra al cambio, siendo ambas inseparables. Por último, cabe decir que dicho sistema familiar se encuentra relacionado a otros suprasistemas de los cuales forma parte, lo que indica que no es un sistema aislado.

Por otra parte, puede mencionarse, que si se rescata la importancia de la pragmática de la comunicación en la interacción de los miembros de una familia, no resulta aventurado plantear que dicho proceso de comunicación no siempre será positivo para todos los miembros de dicho sistema, ya que en esto influirá, entre otros factores, tales como la etapa del ciclo vital de la familia en que se encuentre y la manera en que la estén asimilando, así como las reglas operantes en la familia, mismas que estarán determinadas como lo señala Papp (1988. p. 28), por *un sistema*

de creencias que se compone de una combinación de actitudes, supuestos básicos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias, aportados a la familia nuclear por cada progenitor, a partir de su familia de origen, y es precisamente en el sistema familiar donde estas creencias individuales se entrelazan para formar las premisas rectoras que gobiernan a la familia.

Por lo anterior, puede mencionarse que cuando en una familia existen adolescentes, se pueden presentar problemas emocionales con mayor frecuencia, debido a que se hace necesario un cambio estructural (roles, funciones, límites, jerarquías) en la familia, cambio que no puede requerir tanto tiempo como para dar oportunidad al adolescente de suicidarse o de que surja alguna otra situación desagradable.

Por su parte Fishman, (1990) menciona que genéricamente todos los sistemas familiares de los adolescentes suicidas podrían considerarse como extremadamente rígidos, no cambiando su forma para adaptarse a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros de hecho, un ejemplo claro de estos sistemas rígidos lo brindan las familias que insisten en la perfección. No se puede tolerar un individuo imperfecto en un sistema que persiste en repetir el mensajes de que dicho individuo tenga que ser feliz en todo momento, o que deba ser competente en todo lo que realice. Estos sistemas son extremadamente opresivos y crean un umbral para el cambio tremendamente elevado; en este sentido, el síntoma suicida del adolescente se puede interpretar como un intento desesperado de producir un cambio.

Una falta de coherencia en el contexto familiar puede producir la contradicción y la desesperación incontrolables que caracterizan al adolescente deprimido en transición al suicidio, ya que le proporcionan agudas contradicciones que debilitan su autoestima.

Al respecto Watzlawick, Weakland y Fisch (1989, p. 52) mencionan que *En la vida real, si bien ciertos problemas humanos pueden continuar a un nivel constante de gravedad, hay muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, sino que tienden a aumentar y a acentuarse sino se alcanza ninguna solución o la solución alcanzada es errónea y sobre todo si se aplica más de la solución equivocada poniéndose a prueba su flexibilidad.*

Estrada, (1988, pp. 89-94) menciona que durante la fase de la adolescencia ocurren los siguientes acontecimientos:

En el área de Identidad: Se suscita un choque generacional entre padres e hijos porque se cuestionan roles, valores y normas que hasta entonces regían la dinámica familiar, mientras que los padres intentan preservar la forma de vida establecida, los hijos adolescentes buscan transgredirla para lo cual recurren a otras fuentes de desarrollo que les permitan mayor autonomía. Tal proceso es experimentado por padres e hijos como una etapa crítica.

En el área sexual: Hay un cambio considerable en el físico y funciones del adolescente, que provocan preocupación y temor en ellos y en los padres.

En el área del fortalecimiento del Yo: Hay un cambio de roles importantes en los padres que dejan de ser los ideales supremos de sus hijos. Hay nuevos intereses en los chicos que ya no se restringen exclusivamente en el ámbito paterno.

En este sentido, Minuchin y Fishman, (1984. pp. 71-72), al referirse a las familias con hijos adolescentes, mencionan que los problemas de control que pueden tener estos últimos con su familia, pueden ligarse a la incapacidad de los padres para pasar de la etapa de *padres solícitos de niños pequeños al de padres respetuosos del adolescente*, situación que se problematiza porque los programas o estrategias que empleaban y que les funcionaba con el niño, ahora son un obstáculo con el adolescente si quieren continuar empleándolos.

Lo que se desprende de esto es que si la familia no es capaz de crecer y cambiar al nivel del crecimiento y cambios del hijo adolescente en su nivel pragmático de la comunicación, podrá incrementar su crisis de identidad, sobre todo en la etapa tan vulnerable de búsqueda de identidad y necesidad de una relación estrecha con su familia en que se encuentra dicho adolescente.

Esta situación se sustenta en lo referido por Córdoba, y Rosales, (En: Ávila. 1998. p. 74) quienes al realizar un estudio sobre la formación de valores por parte de la familia en adolescentes mexicanos, encontraron que el primer valor que requerían dichos adolescentes era la unión familiar, comprendida esta como *la necesidad de que en el ámbito familiar exista reciprocidad, apoyo, confianza y armonía en las relaciones que se establecen entre todos los integrantes de dicho sistema familiar.*

Aspectos de pragmática que pudieran parecer sencillos, pero que si no se consideran con seriedad, pueden orillar al adolescente a un conflicto en sus relaciones interpersonales, teniendo como catalizador un nivel de patrones de comunicación de los padres hacia los hijos adolescentes, totalmente alejados o incluso patológicamente contrarios de los que maneje su hijo adolescente, pudiendo presentarse aquí un choque comunicativo por ejemplo en la puntuación de la secuencia de hechos, aspecto que ya se abordó al inicio de este capítulo, y donde los padres quieran *mantener su jerarquía de autoridad incontaminada, es decir, su permanencia de privilegios.* (Mujan.,1986. p. 84)

Las características anteriores describirían la forma de un sistema cerrado, es decir, un sistema rígido y sin cambio por el conflicto familiar que se produce al tener esta disfuncionalidad es su estructura respecto a los patrones de comunicación y alternativas de solución a dicho conflicto, verbalizando por parte de estos últimos, el deseo de cooperación (material de comunicación digital) y manifestando con sus actos algo totalmente opuesto (material analógico), pudiendo orillarlo con más facilidad por la etapa tan vulnerable en que se encuentre en esta " búsqueda de identidad", y por esta dificultad de interpretar los dos tipos de mensajes que le dan a través de lo verbal y lo no verbal, a tener ideaciones suicidas que posteriormente sean conductas suicidas que emplee como un estilo de vida, hasta llegar a la consumación propiamente dicha del acto suicida, debido a la dificultad de integrar estos dos lenguajes y realizar la traducción de uno a otro por parte del adolescente.

De lo anterior se desprende que cuanto más sana sea la interacción comunicativa, la definición de la relación se correlacionará de un modo fluido y

abierto en lo que respecta a la comunicación verbal o digital; y cuanto más perturbada sea una interacción, se caracterizará por tensiones constantes para definir la naturaleza de la relación, tendiendo a una disminución del contenido verbal, resultando cada vez menos importante

Al respecto, puede hacerse referencia a Bateson, Goffman, Schefflen y Watzlawick, (1982. p. 146) quienes plantean que quien cree que todo el mundo es su enemigo emitirá mensajes y actuará significativamente en función de su premisa; y se enfrentará al mundo de una manera que empujará a ese mismo mundo para que confirme su convicción. Lo más rescatable de esto que remiten dichos autores, es que dicha convicción la ha adquirido en primer lugar bajo el efecto acumulado de los contextos de aprendizaje que constituían anteriormente su flujo comunicacional con alguna o algunas personas determinadas.

Al respecto Andolfi, (1984), menciona que el lenguaje no verbal que se emplee por parte de uno de los miembros de la familia puede contradecir o confirmar la comunicación verbal, así por ejemplo un reproche o una frase agradable pueden tener distinto eco según el tono, la actitud y la expresión con que se los pronuncia, del mismo modo se puede mostrar de muchas maneras a un interlocutor, que no se tiene interés en él, aun respondiéndole cortésmente.

2.5. Suicidio en Adolescentes: Evento Paranormativo

Para iniciar este apartado es necesario plantear que como evento paranormativo se entiende como aquellos eventos o sucesos que modifican el momento que vive la familia; es decir, son eventos que ocurren normalmente pero no en todas las familias y se relacionan con situaciones conflictivas, ejemplos de estos son, entre otros: divorcios, accidentes, problemas económicos y, para el caso del presente trabajo, los suicidios.

El suicidio en los adolescentes como evento paranormativo es un hecho que afecta básicamente a dos niveles: primeramente al que lo realiza, es decir, al adolescente suicida, quien si no logra su cometido sobrevivirá con los correspondientes sentimientos y emociones de ver frustrado su objetivo, además de las consecuencias físicas a las que se haya hecho acreedor dependiendo del método que haya utilizado: arma de fuego, arma blanca, intoxicación por fármacos, autoincineración, ahorcamiento, dejarse atropellar, envenenamiento, etc.

Por otra parte, si logra su cometido se quitará la vida afectando su contexto familiar, ya que el proceso de duelo para una familia por la pérdida de alguno de sus miembros, es ya de por sí un hecho lamentable y doloroso, sobra decir que el duelo por un suicidio incrementa un dolor mayor por todas las interrogantes y sentimientos diferentes a los que se presentarían en el duelo por causa de una muerte natural; a este respecto Zubiria (1999. pp. 218-219), menciona seis etapas de un proceso de duelo causado por un suicidio:

Primera: SHOCK.

Se trata de la reacción inicial ante la noticia o el descubrimiento del cadáver. Nace un atontamiento con una gran incapacidad de creer lo que acaba de suceder. La negación de estos momentos puede ser grave.

Segunda: CATASTROFE DEL YO.

Comienza con un gran desconsuelo: hay llanto, mucha rabia, agotamiento, tensión, pánico, culpas y el sentimiento de profunda impotencia que dice: ¿porqué no me dio una, otra oportunidad de ayudarlo?

Tercera: DEPRESION

Se trata de una emoción, no de la enfermedad depresiva. Empieza a vivirse el dolor de la separación, hay pérdida del sentido de la vida y pérdida del interés por la propia vida: aparecen como mecanismos de defensa bloqueos de sentimientos e inhibición de pensamientos dolorosos, a pesar de ellos, surge también una sensación de vacío que se siente infinito, que nada ni nadie puede llenar, y de una tristeza que se cree que será eterna, junto con una apatía profunda. Por supuesto, hay cambios de conducta tanto del apetito como del sueño.

Cuarta: CONCIENCIA DEL DEBER DE SEGUIR ADELANTE

Esta conciencia hace que broten, además de una dolorosa rabia hacia el que se mató, una necesidad de introspección, de reflexión profunda para dilucidar los porqués de esa muerte y tratar de liberarse de los sentimientos de culpa. Hay preocupación, ansiedad, momentos de desesperanza, irritabilidad y falta de concentración en las demás actividades.

Quinta: PERDON.

El perdón es, más que una virtud, una condición indispensable para obtener la paz interior. Se debe perdonar al que se suicidó, a Dios, a la vida, a quienes se ha culpado, a todos, y en especial, se debe perdonar al propio Yo.

Sexta: ACEPTACION

Se da cuando se empieza a reconstruir la vida personal de los sobrevivientes y estos toman nuevos roles. Recordarán al suicida pero con paz y tranquilidad. Normalmente la recuperación o aceptación llega cuando los sobrevivientes pueden ya reintegrarse a la vida cotidiana con normalidad.

Considerando lo anterior, la pregunta obligada aquí es ¿cuales son las bases tan complejas y multifactoriales que contribuyen a que una persona común y corriente que atraviesa por la etapa de la adolescencia presente ideaciones suicidas

que posteriormente se conviertan en conductas suicidas, para concluir finalmente en el acto suicida?

Al respecto Doltó, (1990. pp. 112-114) afirma, haciendo referencia a los adolescentes norteamericanos que *dichos adolescentes sufren a menudo de una falta de seguridad y de identidad debido a los cambios en la calidad de la vida familiar, ejemplo de esto es la cantidad creciente de divorcios y movilidad frecuente de las familias, así como a la presión por parte de los padres al fracaso escolar*, para esto ejemplifica el caso de un joven llamado Danny Holley de trece años de edad, quien se ahorcó para aliviar a sus padres que tenían problemas económicos por una boca más que alimentar.

Una de las razones que el autor antes mencionado argumenta como participación de los padres en el suicidio de sus hijos, es que debido a una multiplicidad de actividades que realizan cotidianamente, ya no tienen tiempo de ejercer su rol, aunándose a esto la presión ejercida sobre los jóvenes a pertenecer a una escuela de prestigio, a elegir una buena carrera, obtener mejores resultados que sus compañeros, etc.

Esta postura coincide con la de la reconocida tanatóloga Kübler-Ross, (1985. pp. 112-113) cuando plantea que la tragedia de la sociedad estadounidense 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 secundaria. ¡Dios mío, cómo te amaré si un día puedo decir mi hijo es doctor*, y de este modo, según la autora, los hijos se prostituyen para complacer a los padres, para comprar su amor, el cual pareciera inalcanzable.

Si se retoma lo anterior, puede objetarse que ese no es un problema de nuestra realidad porque sucede en otro país, con otra cultura diferente a la nuestra sin; embargo, el tanatólogo mexicano Zubiria (1999), plantea que muchos estudios demuestran que el suicidio en adolescentes marca el fin de un largo proceso de una muy mala relación en familias rotas y con desordenes psiquiátricos, también insiste en la presencia de una fuerte depresión en dichos jóvenes, aunque esta sea disfrazada o enmascarada. Aunado a esto, el mismo autor argumenta en México, y en otros países culturalmente semejantes por el concepto y estilo de vida familiar que se tiene, donde se prefiere a la familia extensa sobre la nuclear, es decir, se gusta de la "familia muégano" por lo inseparable de sus miembros: padres, hijos, hermanos, primos, sobrinos, abuelos, cuñados, etc.; y por ser un pueblo tan sensiblemente religioso, las relaciones familiares en que haya auténtica comunicación, la recta formación religiosa y espiritual, la convivencia con buenos amigos y el proporcionar a los niños y adolescentes verdaderos principios trascendentales que los motiven a alcanzar metas valiosas a corto, mediano y largo plazo serán factores muy importantes para la prevención del suicidio en estas edades.

Por su parte Andolfi (1984. p. 135), plantea que es muy importante que en una prevención del suicidio se trate de lograr que en las familias exista:

- a). Una abierta y clara comunicación de todas las emociones positivas, que se dé en forma verbal y no verbal
- b). Un intercambio de ideas, informaciones, percepciones, experiencias y actitudes.

c). Un sano contacto físico entre los miembros de la familia: caricias, abrazos, besos, etc.

d). La capacidad de recordar experiencias familiares que sirvan para la revaloración de la autoestima de cada miembro.

e). Saber utilizar aquellos mecanismos favorables, razonables, que lleven a una sincera confrontación que ayude a resolver los conflictos interpersonales.

f). Tener siempre, lo más claro que se pueda, una correcta identificación de los roles, funciones, límites, que deben tener tanto padres como hijos.

g). Por último, el empleo de una creatividad que logre que todos los miembros de la familia sientan, por una parte, que participan en los asuntos familiares y que son tomados en cuenta, y, por otra parte, que pueden percibir los resultados positivos.

C A P I T U L O 3

PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO

3.1. Prevención del Suicidio

Como se ha observado en los capítulos anteriores, el suicidio es un fenómeno que afecta no solo a quien lo realiza, sino a quienes se encuentran en interacción constante con dicho suicida. Sin embargo, pese a la enorme trascendencia de este fenómeno, (Fishman., 1990. p. 197), especifica que *auque los datos estadísticos de su realización son alarmantes, la cantidad de investigaciones efectuadas específicamente del suicidio en adolescentes ha sido sorprendentemente escasa.*

En este sentido, es importante rescatar la trascendencia del papel que juega el psicólogo dentro de este proceso de suicidio, que para efectos del presente, se ha dividido su análisis en: Prevención del suicidio, Intervención en el suicidio y postvención: sobrevivientes del suicidio.

En esta etapa Zubiria, (1999. pp. 83-165) plantea que se pueden seguir líneas generales de prevención del suicidio, además da la apertura para que dicha prevención pueda ser realizada por tanatólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos y consejeros, incluso da la apertura para que dicha función preventiva la realicen personas que no están profesionalmente preparadas en los campos de la suicidiología, como por ejemplo ministros religiosos, maestros, grupos de autoayuda, padres de familia, amigos, etc., es decir, cualquiera que este

acompañando a alguien de quien se sospeche que quiera matarse, haciendo énfasis en que si el que da muestras de querer suicidarse es un adolescente se debe urgentemente valorar lo grande del riesgo de que llegue a matarse, y para esto se le tendrán que realizar preguntas abiertas y directas, sin temer que los cuestionamientos puedan poner ideas suicidas en la mente de dicho adolescente, porque seguramente ya lo habrán pensado, e incluso muchos hasta lo tienen bien planeado, dichos cuestionamientos según el autor, es recomendable que se hagan con las palabras propias para que suene sincero y plantea las siguientes líneas a seguir:

- *¿La mayoría del tiempo te sientes desdichado?*

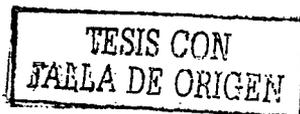
- *¿Este sentimiento de infelicidad es tan fuerte que algunas veces deseas estar muerto?*

- *¿Hay ocasiones en que quieres, o haz pretendido matarte?*

- *¿Ya haz pensado como hacerlo?*

- *¿Y cuando piensas realizarlo?*

- *¿Tienes los medios para lograrlo?*



Aquí es importante mencionar que si el adolescente respondió manifestando una clara intención de matarse, la situación es extremadamente seria, y donde la letalidad tendrá un alto grado de probabilidad si ya tiene planeado cómo suicidarse, cuándo hacerlo, y además tiene los medios para realizarlo.

Otro aspecto relevante que manifiesta el autor mencionado con respecto al suicidio de adolescentes es que cuando uno de ellos confía sus deseos suicidas a otra persona, tratará de que esta última guarde el secreto a toda costa, precisamente por su problema de autoestima por el que atraviesa, ya que no querrá que otros lo sepan por miedo a la humillación y al rechazo, para esto último este autor retoma la recomendación que realiza el Centro de Prevención del Suicidio de los Angeles California: "Nunca guardes en secreto un plan suicida. Nunca lo hagas por más que el adolescente te implore que no rompas la confidencia. Descubre cuales de sus miedos ha revelado y a quien, si lo ha hecho. (Zubiría, 1999. p. 164).

Sin embargo, bajo los argumentos anteriormente planteados, puede surgir la controversia del riesgo de que una persona "no preparada" en el tema de la suicidiología intente prevenir el suicidio, al respecto, Zubiría (1999. p. 165) argumenta que la ley de oro en estos casos es: *Haz algo, lo que sea, pero haz algo por ayudarlo. Y ya, cuando ganes su confianza, llévalo de inmediato a que reciba la ayuda profesional pertinente.* Luego entonces, la labor del acompañante del suicida en potencia será hacerlo sentir que es realmente una persona que le importa y que en él tiene un amigo, todo esto con el objeto de empezar a levantar su autoestima.

Por su parte S. Davison (En: Sherr. 1992. pp. 260-262), también aborda la prevención del suicidio bajo la perspectiva de que la meta de la prevención es la de reducir la probabilidad del comportamiento suicida; luego entonces, aquí se tratará de ubicar los posibles pasos que seguirá el suicida en potencia con el fin de ejercer sobre ellos una influencia positiva. Para tal fin preventivo dicho autor es más abarcativo, ya que plantea tanto líneas generales como específicas de prevención:

3.1.1. Líneas Generales de Prevención : En estas remarca la importancia de que se desarrolle un amplio sistema de educación pública para toda la población, situación para la cual según el autor, se hace necesario estrechar las relaciones entre los medios de comunicación y los profesionales de la salud, evitando los riesgos del periodismo sensacionalista, además de utilizar todos los recursos disponibles en cada comunidad a fin de reducir el efecto del suicidio por imitación en la adolescencia.

3.1.2. Iniciativas Específicas de Prevención : En estas iniciativas el autor menciona que al parecer, aunque las iniciativas generales tales como la implementación de *teléfonos abiertos* o de organizaciones de orientación telefónica han sido de gran ayuda en la prevención del suicidio en personas de alto riesgo, se hace necesario la reducción de métodos letales como iniciativas específicas mencionando ocho de estas:

1.- No se olvide nunca de preguntar acerca de ideas suicidas o de intentos suicidas previos.

- 2.- Conozca los factores de alto riesgo.
- 3.- No hable de hospitalizar a pacientes de alto riesgo
- 4.- No prescriba dosis de fármacos letales, específicamente antidepresivos cuando el riesgo es alto.
- 5.- No prescriba ni barbitúricos ni hipnóticos.
- 6.- No suspenda los medicamentos antidepresivos en forma abrupta o prematura.
- 7.- Este alerta de un súbito bienestar en pacientes deprimidos
- 8.- Trate de reducir la disponibilidad de armas de fuego.

Doltó (1990. pp. 114-115), apunta que al enfrentar el creciente problema del suicidio de adolescentes, las autoridades gubernamentales han tenido que seguir varios caminos, mismos que dicho autor esquematiza en tres:

3.1.3 Creación de Centros de Prevención: Los esfuerzos aquí planteados hablan de la creación de más de doscientos centros en Estados Unidos bajo la coordinación de la Asociación tales como National Save-A League; Suicide Prevention Center; Suicide and Crisis Center; Helpline..., mismos que a pesar de su diversidad, comparten el objetivo común de ofrecer una ayuda puntual e inmediata a las personas en peligro (llamadas telefónicas día y noche).

3.1.4 Creación de Centros de Investigación sobre el Suicidio: Aquí el autor menciona que estos centros llamados Centros de Control de la Enfermedad analizan cada caso y tratan de encontrar los medios para prevenir el suicidio. Así mismo, el Instituto Nacional de la Salud Mental ha creado un departamento de investigación sobre el suicidio.

3.1.5 Creación de Programas Escolares de Prevención: Estos programas están destinados a padres, maestros y alumnos con el objetivo de aportarles información básica, por ejemplo cómo reconocer a una persona con tendencias suicidas, cómo ayudarla, cuáles son las instituciones a las que uno puede dirigirse, etc.

Aunado a esto, dicho autor menciona que *mejorar el conocimiento profesional en los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y algunos otros (clérigos, personal escolar, policía y oficiales custodios), es otro factor preventivo esencial.*

Dicha postura es compartida con la de G. Davison, (1983. pp. 260-266), quien argumenta que una de las acciones preventivas más eficaces consistiría en la adecuada preparación del profesional de la salud (enfermeras, médicos, psicólogos, paramédicos, trabajadores sociales, etc.), para que funcionen de forma eficaz como promotores de la salud mental, lo cual incluye: mejorar el conocimiento profesional con respecto al suicidio, optimizar la detección temprana de los factores de riesgo y la implementación oportuna de programas preventivos específicos y orientados de tal forma que se ofrezcan alternativas que efectivamente proporcionen al suicida en potencia una opción terapéutica real y no solo una plática aleccionadora.

Aunado a esto, dicho autor argumenta que *no es ocioso subrayar la importancia de estar alerta ante el súbito bienestar en pacientes deprimidos, pues este frecuentemente encubre la decisión fatal del suicidio como respuesta final a una problemática abrumadora, misma que se cancela con la decisión de autodestruirse.*

Por su parte, Clemente y González, (1996. p. 153), ambos psicólogos sociales, bajo la premisa de que la sociedad genera pobreza y riqueza; crea educación y analfabetismo; salud y enfermedad; vida y, porque no decirlo, muerte. Plantean que desde su perspectiva la acción preventiva habría que dividirse en tres fases totalmente diferenciadas:

- 1.- Una prevención primaria, la cual estaría orientada a evitar la aparición de los factores precipitantes del suicidio.
- 2.- Una prevención secundaria, destinada a la detección de grupos de riesgo.
- 3.- Una posterior intervención, la cual estaría orientada a evitar que se produzca la conducta suicida.
- 4.- Finalmente una prevención terciaria, dirigida a los grupos que ya han realizado intentos de suicidio, o admitido actitudes favorables al mismo, y cuyo objetivo sería corregir su situación, y evitar que se produzca la conducta suicida.

En este sentido, dichos autores, bajo su perspectiva social, le dan un peso determinante a la influencia de la sociedad sobre el individuo, planteando que es la

sociedad la que crea el vínculo con la vida del sujeto, deduciendo que el suicidio directa o indirectamente surge de una mala socialización, es decir una mala integración de social de los sujetos, por lo que la sociedad, de cara a realizar una prevención primaria, debería orientarse a detectar cuales son la variables sociales que provocan el suicidio, y una vez detectadas, cambiarlas orientándose a:

- 1.- Evaluar en que falla su vinculación social
- 2.- Determinar qué necesidades crea la sociedad en cada individuo, y si esta es capaz de garantizar su satisfacción
- 3.- En la medida de lo posible, cambiar la estructura y dinámica social, y estudiar qué repercusiones tendrán estos cambios en los sujetos que viven "felizmente" en la sociedad tal y como esta instituida, ya que podría ser que si bien se pueden realizar ciertos cambios que aseguren la integración de los que ahora se suicidan, estos cambios pueden hacer infeliz al resto de la población

En conclusión, se rescata que un plan de prevención del suicidio habrá de orientarse desde una macrovisión social con criterios de bienestar de vida y bienestar psicológico, dejando de lado una postura reduccionista de presupuestos clínicos y patológicos (Clemente y González, 1996, p. 154).

3.2. Intervención en el Suicidio

La intervención en casos de suicidio tiene lugar cuando la prevención no dio el resultado esperado y aparece la crisis suicida. A este respecto Zubiria, (1999. pp. 132-133), plantea que lo primero que se debe lograr es una real alianza terapéutica, ya que sin ella es imposible que se ayude al paciente. Así mismo, menciona que se debe de pasar de un plano de *alguien con quien hablar a alguien que esta con*, no debiendo proyectar la imagen del que esta para curar enfermedades, ni del que tiene autoridad, ni de quien tiene las mismas respuestas que el papá; mas bien se debe aprovechar el sentido común y sensibilidad para establecer una relación llena de significado. Dicho autor solo recomienda hospitalizar al suicida en potencia cuando el riesgo es alto o cuando carece de un soporte emocional en su familia.

Por su parte Fishman, (1990. pp. 135-137), plantea que para la prevención del suicidio se pueden seguir los siguientes aspectos:

- a). Siempre hay que tomar en cuenta la amenaza del suicidio muy seriamente.
- b). Hay que fijarse en las claves que da el suicida; una persona con sentimientos suicidas puede comenzar a preparar su muerte.
- c). Confrontar el o los problemas. No evadirlos. Hay que ser directos sin temer a discutir el suicidio con dicha persona, enfatizando que lo principal de esto es saber escuchar y saber ser buen amigo, sobre todo sin hacer juicios morales con frases como las que se les dirigen a muchos adolescentes tales como: *piensa en tu madre*,

deberías estar agradecido por lo que tienes, estas mejor que muchísima gente, etc., frases que solo hacen más profundos los sentimientos de culpa que ya tiene el adolescente potencialmente suicida.

d). Llevarlo a que reciba ayuda profesional (si es que quien se encuentra al lado del suicida no se siente o no esta preparado): Tanatólogos. Psiquiatras, psicólogos, médicos familiares, trabajadores sociales, ministros religiosos, etc., según sea el caso.

e). Ofrecer alternativas. No hay que dejar la iniciativa a la persona suicida. Hay que darle la oportunidad para que ella escoja dónde y quien pueda ayudarle. Esa persona es la que importa.

Por su parte S. Davison (En: Sherr. 1992. pp. 262-266), refiriéndose a la intervención del suicidio en los adolescentes enfatiza una postura netamente clínica recomendando como medida de intervención el realizar una evaluación psiquiátrica al adolescente con conductas suicidas, misma que tendrá que ser realizada dentro de una clínica u hospital por un médico psiquiatra o por un equipo multidisciplinario eficaz con conocimiento de enfermería, trabajo social, psiquiatría y psicología, áreas que, según dicha autora, pueden considerarse la unidad de trabajo fundamental de un servicio psiquiátrico de urgencia, particularmente un servicio de intervención orientada hacia una crisis. Para dicha evaluación resume los aspectos más importantes que deben considerarse en el suicidio potencial de la siguiente manera:

- 1.- Contemple con seriedad todos los intentos o amenazas.
- 2.- Realice una evaluación psiquiátrica completa.
- 3.- Pregunte acerca de los intentos y planes suicidas.
- 4.- Pregunte acerca de las consecuencias del suicidio (para la familia, amistades, el trabajo).
- 5.- Entreviste a las otras personas significativas (familiares, amigos, etc.)

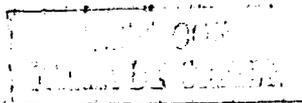
Aunado a esta evaluación, ejemplifica en otro cuadro los principios generales de la intervención de los intentos suicidas:

- a). Proteja la vida (medidas médicas y quirúrgicas).
- b). Establezca una alianza terapéutica con el paciente y sus familiares. Empatía, aceptación sin juicios y estar preparado para escuchar son elementos esenciales.
- c). Hospitalice cuando sea necesario (la admisión involuntaria puede ser requerida); trate con vigor los problemas psiquiátricos, sociales y médicos.
- d). Cuando la hospitalización no es necesaria:
 - Planee la resolución de la crisis

- Brinde o disponga apoyo psicológico o ambiental
- Establezca un servicio telefónico de urgencia en caso de que ocurra una nueva crisis
- Haga las gestiones necesarias para un seguimiento o una remisión.

Además de esto, enfatiza la importancia que el psicólogo juega en esta parte del proceso de suicidio sugiriendo que dicho apoyo psicológico debe ser transmitido con una actitud firme y esperanzadora recomendando los siguientes lineamientos prácticos en la relación psicólogo –suicida:

- 1.- El terapeuta deberá permanecer como un aliado para la vida del individuo, y en una tranquila y suave pero firme e inequívoca manera, dejar claro que su papel es directo y activo e incluyen la intervención para prevenir el comportamiento suicida cuando la persona hace esto patente.
- 2.- Esta relación activa requiere de una delicada pero deliberada violación de las confidencias usuales de la relación terapéutica. Los planes autodestructivos nunca deben guardarse en confidencia cuando su apertura puede impedir la muerte del paciente.
- 3.- El rastreo repetido del suicidio potencial es un importante aspecto de trabajo con un paciente suicida activo.
- 4.- El terapeuta también debe tener la capacidad para permitir la expresión afectiva de la amplia gama de emociones que pueden surgir en una situación de urgencia.



5.- Todos los esfuerzos por reducir el aislamiento social y el rechazo son esenciales. A este respecto, involucrar activamente a la familia y a los sistemas que rodean al paciente puede ser crítico.

6.- Relaciones, trabajo, pasatiempos y otras actividades individuales mejoran y mantienen la autoestima.

7.- Deben evaluarse y tratarse los trastornos psiquiátricos coexistentes.

8.- El terapeuta debe buscar asesoría al tratar a un paciente con potencial para suicidarse tantas veces como sea necesario. Tratar a una persona suicida verdaderamente puede generar ansiedad en el terapeuta.

Por su parte Fishman (1990. pp. 203-204), rescatando la importancia de la participación de la familia en el tratamiento de adolescentes suicidas, menciona que "posterior a un intento suicida por parte de un adolescente, la familia tiende a evitarle las tensiones y problemas cotidianos, entorpeciendo de esta manera su desarrollo con esta sobreprotección e incrementando la vulnerabilidad de dicho adolescente, siendo importante el papel del terapeuta en la terapia familiar, debiendo abocarse tanto a los aspectos organizativos de la estructura familiar, como a lo que se deriva de esa estructura, por ejemplo empatía, calidez y comunicación afectiva, etc., todo esto *en vías de ayudar al adolescente suicida a sentirse valorizado y perdonado; a concederle no sólo tolerancia, sino también voz.*

Sin embargo, a la par de esto, el mismo autor plantea que cuando la situación familiar es tan nociva para el adolescente, el terapeuta tiene que actuar como una

especie de cuerda salvavidas, sustituyendo de entrada al sistema familiar, realizando a la par una valoración positiva al adolescente, situación que es lo único que mantendrá a flote al adolescente, con miras de que dicha valoración con el tiempo tenga eco dentro de la familia y la terapia se encamine hacia la incorporación de los padres al proceso de proporcionar la valoración y el apoyo necesarios.

Por su parte Rosman, (En: Fishman & Rosman. 1986. p. 141) reafirma la importancia de que se considere a toda la familia como sujeto de cambio, argumentando que los terapeutas familiares han realizado avances significativos en el trabajo con las familias, descubriendo que los cambios individuales son más fáciles de lograr y mantener si se realizan cambios dentro de la familia.

Es importante mencionar aquí que el terapeuta deberá adoptar ante la familia una actitud de "neutralidad" como lo rescata Hoffman, (1981. p. 28) del grupo de Milán, describiéndola como *La capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas y enredos lineales... El terapeuta sólo puede ser eficaz hasta el punto en que logre obtener y mantener un nivel distinto (metanivel) del de la familia.*

3.3. Postvención: Sobrevivientes del Suicidio

Esta se da después de consumado el acto suicida, y consiste en la ayuda e intervención que necesitan los sobrevivientes del suicidio; aquellos que lo intentaron pero no murieron, sus familiares, sus amigos, quienes tuvieron una fuerte relación con quien lo intentó, etc. En otras palabras, es el apoyo que necesitan todos los sobrevivientes cualquiera que haya sido su rol en la tragedia, inmediatamente después de ella, teniendo como finalidad lograr que vivan a plenitud a pesar de lo sucedido.

Por su parte S. Davison, (1992. pp. 266-267) aborda esta parte del proceso de suicidio entendiéndola como intervención posterior, refiriéndola como las medidas que se toman después de un suicidio consumado, dividiendo estas medidas en dos clases principalmente:

3.3.1 Autopsia Psicológica: En esta, la autora refiere la importancia de la información psicológica y social que se rescata de las personas que fueron significativas en la vida del suicida, ya que dicha información ayudará a aclarar la naturaleza de la muerte. Aunado a esto, se espera que dicha información obtenida por la autopsia psicológica pueda ser de utilidad en la planeación de programas de prevención o programas de intervención para personas de alto riesgo.

3.3.2. Trabajo con Víctimas Sobrevivientes: Aquí se hace especial énfasis en el apoyo a la familia que se queda en duelo por la pérdida de uno de sus miembros a

través del suicidio, ya que a decir de dicha autora, estos sobrevivientes se toman en un grupo de alto riesgo, teniendo más probabilidades de realizar otro suicidio que los familiares en donde no han existido antecedentes de suicidio. Para el trabajo con víctimas sobrevivientes comenta que los grupos de autoayuda con recursos profesionales disponibles, tales como organizaciones de duelo familiar brindan un excelente apoyo y terapia subsiguiente enfatizando el trabajo psicológico en los siguientes rubros:

- 1).—El terapeuta debe iniciar su trabajo tan pronto como sea posible después de la tragedia.
- 2).- Las víctimas sobrevivientes manifiestan poca resistencia y están más deseosas de trabajar.
- 3).- Es preciso explorar el papel de las emociones negativas o del afecto en una situación de urgencia hacia el occiso pero no necesariamente desde el principio.
- 4).- El terapeuta provee criterios reales y es la voz apacible de la razón.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la revisión teórica realizada de manera general sobre el suicidio bajo distintas aproximaciones como son la psicológica, médica, tanatológica, histórica y sociológica, se observa que éste, intentado o consumado, es y ha sido un complejo enigma para la condición humana, resultando difícil tratar de emplear un solo modelo para generalizar una teoría común que de cuenta totalmente del doloroso, angustiante y complejo comportamiento suicida. En otras palabras, el amplio rango del comportamiento suicida proporciona elementos que abarcan: enfermedades físicas, emociones contradictorias, sentimientos buenos y malos, actitudes positivas y negativas, estrés, depresión., emociones, e interacciones personales conflictivas, generándose todo esto siempre dentro de un contexto que normalmente suele ser el familiar.

Aunado a esto, a lo largo del presente trabajo se encontró que el suicidio es un acto humano real, y que no existe un patrón exclusivo de edad en que se presente, (la única constante al parecer, es el sufrimiento de una depresión), misma que, cabe decirlo, no es exclusiva de esta etapa, ya que en los hechos es realizado por niños, adolescentes y ancianos; afirmaciones que no implican necesariamente que dicho tópico sea un evento intrascendente; por el contrario, el suicidio es un evento profundamente trágico y perturbador para quien lo realiza, ya sea que logre su cometido o lo vea frustrado, y para quienes interactúan con él, empleándose métodos de consumación tan variados como la imaginación humana lo ha permitido, de los cuales pueden mencionarse: auto incineración, ahogamiento, dejarse atropellar por camión, tren, metro, envenenamiento, intoxicación por fármacos, disparo por arma de fuego, etc.

Visto así, no es difícil comprender que dicho acto constituye uno de los más graves problemas a nivel familiar y social, y que su realización se manifieste cada vez con mayor frecuencia, como pudo observarse en los datos estadísticos mencionados en el presente trabajo en países como Canadá, México y Estados Unidos.

Puntualizando lo anterior, puede observarse que las realidades tanto de cantidad de suicidios, métodos empleados, edades y perfil de los suicidas, obligaron a un análisis más serio y profundo del contexto suicida y de la influencia de la comunicación como un elemento sumamente importante, que si bien no es suficiente por sí mismo dentro del contexto suicida para dar cuenta totalmente de un hecho suicida, puede influir para que un ser humano, que se encuentra dentro de la etapa de la adolescencia, llegue a realizarlo.

Dicho análisis consideró a la adolescencia como un periodo de desarrollo, posterior a la pubertad del individuo, que se da aproximadamente entre los trece y dieciocho o diecinueve años de edad, etapa en la que se encuentran cursando el nivel de secundaria, preparatoria o su equivalente, presentando características muy particulares rescatadas de la revisión teórica realizada, mismas que, sin la pretensión de ser exhaustivas, sino explicativas, pueden agruparse de la siguiente manera:

- 1.- El adolescente ya no es un niño, su cuerpo se transforma con sus correspondientes cambios físicos y emocionales.
- 2.- Debido a su necesidad de socializarse, puede existir un conflicto entre sus ideales sobre la libertad, el tipo de vestimenta, su concepción sobre las drogas y el alcohol, etc., con respecto a su contexto familiar.

3.- El adolescente, a pesar de que interactúa con los otros miembros del sistema familiar, se encuentra en una "lucha por la identidad", donde le es urgente tener su propia identidad personal en este arte de tener una continuidad entre su experiencia anterior, es decir, su niñez y las fantasías acerca de su futuro, pudiendo existir una crisis si éste no se concibe aceptado en su totalidad o no ve la posibilidad de pertenencia y permanencia de su sistema familiar, pudiendo llevarlo a una "identidad negativa".

4.- La adolescencia no existe independientemente de un contexto social definido, que en primera instancia es su familia, misma que se concibe como un sistema vivo el cual regula la relación de sus elementos por límites claros y flexibles, así como por un conjunto de reglas; también tiene una organización y estructura establecida a través de los roles que cada uno de ellos adoptan de acuerdo a sus jerarquías. En esta regulación de la interacción entre sus elementos, dicho sistema presenta una tendencia homeostática, es decir, de equilibrio.

La consideración de las características anteriores, y la convivencia con adolescentes, como es la experiencia laboral del autor del presente trabajo dentro de primarias y secundarias, reveló la agudeza de los conflictos familiares contrastada entre las demandas de atención de los niños con sus familias o con sus maestros en el nivel de primarias, y las dificultades por las que atraviesa el adolescente en el nivel de secundaria, ya que por su necesidad de socialización, al adolescente no le es funcional comunicarse con él mismo, sino que requiere de un medio socializador que, en primera instancia es su familia, misma que entre sus principales objetivos debería tener el brindar un contexto lo más favorable y coherentemente posible,

siendo capaz de proveer al adolescente a través del proceso de comunicación, de las motivaciones para vivir, y para que en función de ésta, establezca su proyecto de vida, sus expectativas de logro, sus metas de identidad, etc., que son los aspectos por los cuales el ser humano se vincula y compromete con la vida.

Tan trascendente es la participación de la familia, que en la revisión teórica se rescató que aún en los casos en que los problemas principales se encontraban en un contexto más amplio, la familia reflejaba y a menudo exacerbaba las presiones externas que sufría el adolescente; por ejemplo, una familia inestable podía dificultar el manejo de las presiones externas por parte del adolescente, haciendo que las percibiera como más catastróficas de lo que en realidad eran. Situación que no es difícil de comprender si se considera que la familia es el mecanismo a través del cual se mantiene el sentido fundamental de sí mismo y del propio bienestar, haciéndose necesario que el contexto que brinde ésta sea lo más favorable y coherente posible.

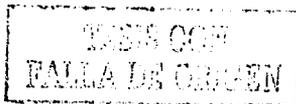
En este sentido, y bajo una visión sistémica, se observó que la etapa adolescente con sus características particulares, no sólo puede poner en crisis al adolescente propiamente dicho, sino que también lo hace con el resto de la familia, situación que puede agudizarse más si los padres no permiten la flexibilidad para adaptarse cada día a los nuevos requerimientos determinados por el desarrollo de uno de sus miembros que se encuentra en la etapa adolescente por ejemplo, un ajuste estructural de roles, funciones, límites y jerarquías, que se encuentren a la altura de los cambios que presente dicho adolescente, concibiéndolo, a partir de estas situaciones, como el producto de un largo y complejo trabajo de interacciones con su sistema familiar, y donde, cabe decirlo, el conflicto individual que éste presente, será solamente la manifestación de un conflicto familiar; en este sentido trabajar con el

adolescente suicida por parte del psicólogo al margen de su contexto familiar, puede resultar absurdo e infructuoso.

En este orden de ideas, y bajo la premisa de que en el sistema familiar la conducta de cada uno de sus elementos esta relacionada con la de los otros, se hizo necesario considerar la posición de que la comunicación envuelve al individuo cotidianamente y en todos los contextos en que interactúa, y que la palabra comunicarse se refiere tanto a la conducta verbal como a la no verbal, lo cual da como consecuencia que tanto el resto de la familia como el propio adolescente no pueden dejar de comunicar, realizando dicha actividad a través de acciones, movimientos, emitiendo sonidos, hablando, escuchando, leyendo, escribiendo, pensando, reflexionando, con su postura, gestos, e incluso con la ropa que lleve puesta.

En este sentido, fue de suma importancia considerar dicho aspecto, dentro de éste proceso interactivo que vive el adolescente con su familia, ya que como se señaló con anterioridad, no todos los principios de comunicación son benéficos, porque éstos pueden verse distorsionados hasta llegar a formar verdaderos patrones de comunicación patológica que no permitan la flexibilidad sino que por el contrario, muestren rigidez en el proceso comunicativo que se intente realizar entre el adolescente y el resto de su familia afectará no solo al primero, sino a todos los elementos del sistema familiar, pero puede ser que resulte más perjudicado el adolescente por la etapa tan vulnerable en que se encuentra.

Sin embargo, el problema no es que se comuniquen o no, sino la tarea que le compele al adolescente de traducir de alguna manera la discordancia que se da entre



el material analógico y el material digital, lo que obliga a éste, en una comunicación esquizofrénica por ejemplo, a tener que elegir entre muchos significados posibles de lo que se le este comunicando por parte de la familia, significados que no solo pueden ser distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles, por ejemplo, las verbalizaciones por parte de sus padres sobre el deseo de cooperación y apoyo al adolescente y la manifestación con sus actos de algo totalmente opuesto, o por ejemplo la manifestación verbal de aceptación del adolescente tal como es y la comparación constante con sus pares en cuanto al comportamiento que a ellos les agrada, comunicación patológica de no fácil digestión para el adolescente, como ya se mencionó, por la etapa tan vulnerable en que se encuentra en su búsqueda de identidad y por esta dificultad de interpretar los dos tipos de mensajes que le dan a través de lo verbal y lo no verbal y que en un momento dado puede servir como catalizador del suicidio en dicho adolescente. De hecho, es importante mencionar que la intervención que realice el psicólogo con un enfoque sistémico puede resultar insuficiente si antes no ha analizado la gramática del lenguaje no verbal de su sistema familiar y su relación con lo verbal, a fin de tener una comprensión más completa del contexto social que es donde toman forma y adquieren significados para el adolescente el lenguaje y los comportamientos

Congruente con lo anterior, aunque no se pueda generalizar, estos elementos comunicativos pueden llevar al adolescente a que el desarrollo de su identidad se transforme en algo negativo, prefiriendo ser “un don nadie” o ser “alguien malo”, porque ni su presencia, ni sus intentos de comunicarse, provocaron en su familia los resultados que él hubieran querido, como por ejemplo de correspondencia con su familia o con sus pares en dicha interacción comunicativa, sino que muchas veces generaron lo contrario, y en este afán de querer tener una apariencia de seguridad de

sí mismos, puede tender a comportamientos dogmáticos sobre sus puntos de vista, corriéndose el riesgo no sólo de que se conciba de esta manera, sino que su actuar lo lleve a que si en realidad se siente que es "nadie", entonces debe comportarse congruente con esto y ponerle fin a su vida.

A partir de lo anterior, puede desprenderse que a través de esta interacción cotidiana entre los miembros del sistema familiar al que pertenece el adolescente, se vuelve imprescindible una adecuada comunicación entre ellos como un medio de consolidar el sistema familiar y poder prevenir el riesgo suicida en alguno de sus miembros.

De hecho, desde una posición sistémica, puede afirmarse que la familia es el medio social del que emergió el adolescente y lo más importante que tiene; además que dicho sistema familiar es la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico, y es el que tiene más recursos con los cuales se pueden producir cambios; el hecho de que el psicólogo lo considere como tal, es fundamental, ya que a partir de los casos conocidos tanto en la practica profesional en el municipio de Cuautitlán Izcalli, como aquellos de los que se tuvo conocimiento a través del trabajo cotidiano, se observó que la elección del suicidio en los adolescentes se relacionaba con la idea que tenían de que en reacción al acto suicida, su entorno familiar pudiera cambiar; situación que concuerda con lo mencionado en el desarrollo del presente trabajo donde se plantea que el suicidio en adolescentes marca el fin de una prolongada y extrema mala relación con sus familias, caracterizada por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional, resentimiento hacia los padres o padrastros, todo esto acompañado por una creciente

incomunicación y la presencia de una fuerte depresión disfrazada o enmascarada, lo que les impedía establecer las relaciones y tener las habilidades necesarias que les permitieran al adolescente enfrentar los problemas y tensiones asociados con esta etapa.

La amplia gama de comportamientos suicidas desde las ideaciones suicidas hasta el suicidio consumado y el trabajo de intervención posterior con las víctimas de los sobrevivientes representa un gran reto para la incidencia del psicólogo, debido a que las causas en que se circunscribe, los métodos que se utilizan y las razones para realizarlo, presentan sus particularidades en cada caso, además de que el fenómeno del suicidio no sólo hace referencia a un acto aislado, sino también a una variedad de conductas que lo acompañan, por ejemplo, deseos, pensamientos, intención, intentos conductas y muchas más.

Sirva de base lo anterior para reflexionar que en cuanto al campo de la suicidiología en México se está en pañales, ya que no se tiene consolidada una cultura de la realidad del suicidio y fundamentalmente, su posible prevención. Basta observar las siguientes reflexiones y contrastarlas con el aquí y ahora de nuestro sistema social:

—Los programas y acciones que se desarrollan a nivel general por parte del gobierno o a nivel privado en la prevención del suicidio en los diferentes ámbitos donde se desenvuelve el individuo son escasos o muy poco conocidos

—La participación de los diferentes medios masivos de comunicación ha sido

hasta el momento escasa, o mejor dicho nula en cuanto a la presentación de medidas preventivas o de información y orientación sobre el suicidio a pesar de las estadísticas cada vez más crecientes de suicidios consumados conocidas y presentadas en el presente trabajo

—Los programas de capacitación para profesionales tales como médicos, maestros, psicólogos, etc. que se encuentran en posibilidades de incidir en grupos más numerosos, son básicamente a través de Diplomados en tanatología y presentan costos y tiempos en ocasiones elevados, mismos que reducen aún más su acceso.

—En el campo educativo, los Planes y Programas de la Educación Básica no enmarcan el tema del suicidio, su repercusión y su posible prevención; y no existe la indicación de realizar Programas Escolares de Prevención del Suicidio por parte de la Secretaría de Educación Pública dirigidos tanto a padres, alumnos, maestros y demás personal que labore en los centros educativos.

La reflexión anterior, lejos de desmotivar a la realización de un trabajo serio y comprometido, debe considerarse como un reto y una oportunidad de plantear acciones que derriben la idea de que el suicidio en una persona es un destino inevitable.

De lo anterior se desprende la importancia del trabajo que puede realizar el psicólogo con una visión sistémica en el proceso de prevención del suicidio acotándolo al ámbito educativo, que es el campo de trabajo del autor de la presente tesina; y se enfatiza su posición teórica debido a que, el terapeuta sistémico centra su atención en el contexto que esta creando y perpetuando el problema en cuestión, para

esto, pueden mencionarse como una sencilla aportación, contrastada con la enorme complejidad del suicidio, algunas medidas preventivas donde puede incidir dicho psicólogo, y que para efectos del presente trabajo, se denominaron Acciones Generales Preventivas:

Acciones Generales Preventivas:

El psicólogo debe estar conciente de que el suicidio es un problema real, sólo en esta medida buscará capacitarse o auto capacitarse respecto al tema, y sólo bajo esta sensibilización, no lo detendrán los obstáculos que se encuentre, que, lamentablemente en muchos casos puede ser la apatía de los propios compañeros de trabajo.

El trabajo tiene que dirigirse a maestros, padres de familia, y sobre todo, a sus pares, es decir, sus compañeros de escuela ya que estos son los protagonistas del proceso educativo y son quienes conforman el contexto social del suicida en potencia.

1.- Trabajo con Maestros: el psicólogo debe ser capaz de sensibilizarlos sobre la importancia de hablar de la vida y la muerte como dos procesos naturales, implementando de inicio talleres donde se capacite a dichos maestros a través de información teórica y de estrategias de trabajo con grupos, por ejemplo en psicodramas, mismos que pueden parecerles interesantes ya que en estos jugarán con su cuerpo, representarán un papel y sobre todo, algo que al adulto se le dificulta, se

saldrá de sí mismo. Cabe señalar que el objetivo no es preparar expertos tanatólogos, sino brindarles los elementos mínimos necesarios para la detección de aquellos jóvenes en los que se sospeche la posibilidad de intentos suicidas y su canalización correspondiente.

2.- Trabajo con Padres de Familia: Aquí se debe ser más abarcativo, crítico y reflexivo, ya que por lo revisado en este trabajo, existen muchas probabilidades de que en el sistema familiar se estén gestando las condiciones idóneas para el suicidio de uno de sus miembros y puede ser que ellos sean los últimos en enterarse. Para esto, se debe trabajar de igual manera a través de talleres para padres, abordando los temas referentes a la adolescencia, los posibles riesgos de suicidio y la manera en que como padres pueden incidir para que se favorezca su realización en esta etapa particularmente, así como algunas líneas de prevención.

3.- Trabajo con Alumnos: Este trabajo con los pares es fundamental, ya que la experiencia ha mostrado que antes que los padres o familiares, o incluso que los propios maestros, quienes se enteran de primera mano que un adolescente intenta suicidarse es su grupo de iguales, es decir, sus compañeros más cercanos, por lo tanto, dicho trabajo deberá ser lo más dinámico posible, sugiriéndose las siguientes actividades:

- **Realización de Talleres:** Se sugiere que se convoquen y realicen talleres con periodicidad mensual, donde se hable con franqueza de la muerte y de su enfoque a los adolescentes que presentaran problemas, y, de igual manera, que se aborde abiertamente el tema del suicidio, donde los adolescentes se sientan en libertad de externar su posición respecto a éste sin temor a la censura, concibiéndolo

como un fenómeno al que todo mundo esta expuesto, pero que no es algo inevitable, además que el dejar de hablar de él no evitará que se siga realizando.

- **Conferencias:** Asi mismo, como una de las características de los adolescentes es la formación de ídolos, como por ejemplo su identificación con algunos artistas, sería conveniente, en la medida de lo posible, que los alumnos fomentaran la asistencia de algunos de ellos, los más accesibles o más cercanos, y sobre todo, aquellos con quienes la identificación fuera más general, a los centros educativos y realizar conferencias con el tema del suicidio, y donde, de igual manera, los adolescentes se sintieran libres de realizar preguntas y escuchar opiniones sobre el suicidio y de ser cuestionados de igual manera por el conferencista, con el propósito de que se logre tomar conciencia de dicho acto y su posible prevención, o de saber cómo actuar ante un caso similar al de ellos.

- **Trabajo con los Pares como Monitores:** A partir de estas actividades se trata de rescatar a aquellos adolescentes más interesados de cada una de las escuelas y formar un grupo de monitores que pudiesen, sin que esto afecte sus labores académicas, ser protagonistas de las actividades anteriores por ejemplo, y de muchas otras que ellos mejor que nadie, sabrán que incidirán de forma más acorde con sus pares, y que por mencionar algunos, pueden ser el tomar un espacio en los periódicos murales de la escuela, elaboración de trípticos y colocación de carteles informativos en cada salón con mensajes referentes a que si el adolescente se siente sólo, deprimido o con conflictos familiares, puede acudir a éste, su grupo de iguales, que comparte a la par de ellos, sentimientos, emociones, frustraciones y conflictos de comunicación con la familia, para que juntos consigan la ayuda necesaria.

Estos grupos de monitores pueden ser muy útiles ya que en la medida que se consoliden, pueden llegar incluso a solicitar a las asociaciones de padres de familia o mesas directivas, a los maestros y a la misma Secretaría de Educación Pública, la obligatoriedad de que se implementen dentro de cada escuela Programas Preventivos del Suicidio.

En concreto, el propósito fundamental de estas reuniones y actividades que se sugieren es que los adolescentes puedan compartir las experiencias de los casos que han tenido conocimiento de suicidios de otros jóvenes o las propias intenciones de realizar dicho acto y verlo frustrado, compartiendo las causas de sus experiencias, y la importancia de una adecuada comunicación dentro del sistema familiar como el primer nivel preventivo.

En el caso que se solicite la ayuda del psicólogo por parte de una familia donde existan evidencias palpables de conductas suicidas, el terapeuta sistémico deberá centrar su atención en el contexto que esta creando y perpetuando el problema del suicidio, sintiéndose parte de este contexto, una especie de influencia circular, identificando cual es el patrón particular que se relaciona con el síntoma y encontrar una forma de cambio, sin olvidar que lo importante no es sólo las creencias o suposiciones individuales de cada progenitor, sino el modo en que estas se enlazan para formar las reglas operantes en la familia. El terapeuta deberá concebirse como un promotor de cambio.

Asi mismo, de forma conjunta con un trabajador social, se pueden realizar las gestiones necesarias dentro de los municipios o delegaciones, según corresponda, para la implementación de líneas telefónicas abiertas día y noche, donde se ofrezca

ayuda inmediata al suicida en potencia que lo solicite, sin perder la visión de que éstas líneas telefónicas sólo pueden responsabilizarse a profesionales, por la razón de que esta en riesgo una vida si no se sabe manejar la situación. Esta posición difiere con lo que planteaba Zubiria (1999), quien dejaba abierta la posibilidad de que en este campo pudieran tener ingerencia gente no profesional.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Andolfi, M. (1984).Terapia Familiar**
México: Paidós.
- 2.- **Barnley, P. (1978). Cómo Dialogar con el Adolescente**
Barcelona: Argos Vergara S. A.
- 3.- **Bateson, B., Goffman, H., Schefflen, S., & Watslawick, P. (1982).**
La Nueva Comunicación
Barcelona: Kairos
- 4.- **Bertalanffy, V. (1968). Teoría General de los Sistemas**
México: Fondo de Cultura Económica
- 5.- **Clemente, M; González, A. (1996). Suicidio,Una Alternativa Social.** España: Biblioteca Nueva.
- 6.-**Conger, J. (1980). Adolescencia, Generación Presionada**
México: Harla.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 7.- Córdova, M; Rosales, C. (1998). **La Familia y la Formación De Valores en los Adolescentes Mexicanos.** En: Ávila, J. (comp.) **Psicología de la Familia.** (55-78) México: UNAM Campus IZTACALA.
- 8.- Covarrubias, M; Gómez, J. (1998). **La Autoestima Materna y el De Sarrollo Infantil.** En: Ávila, J. (comp.) **Psicología de la Familia** (103-120) México: UNAM -- Campus Iztacala.
- 9.- Davison, G; Neale, J. (1983). **Psicología de la Conducta Anor-- Mal, Enfoque Clínico Experimental** México: Limusa.
- 10.- Davison, S. (1992). **Suicidio.** En: Sherr, L. **Agonía Muerte y Duelo.** (243-267) México: Manual Moderno.
- 11.- Doltó, F. (1990). **La causa de los Adolescentes.** Barcelona: Six Barral.
- 12.- Durkheim, E. (1897). **El Suicidio.** En: Zubiria, A. (ed) **Suicidio Curso Fundamental de Tanatología.** (39-41) México: Dr. L. Alfonso Reyes Zubiria Ed.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 13.- Erickson, E. (1963). El reto de la Juventud. En: Mckiney, J., Fitzgerald, H., & Strommen, E. **Psicología Del Desarrollo, Edad Adolescente.** (204-207) México: Manual Moderno.
- 14.- Estrada, L. (1988). **El Ciclo Vital de la Familia.** México: Posada.
- 15.- Fishman, Ch. (1990). **Tratamiento de Adolescentes con Problemas, un enfoque de Terapia Familiar.** España: Paidós.
- 16.- Forteza, G., & Palos, A. (1995). La Relación de los Hijos con sus Progenitores y sus Recursos de Apoyo: Correlación con la Sintomatología Depresiva y la Ideación Suicida en los Adolescentes Mexicanos. **Revista De Salud Mental.** (41-47) México.
- 17.- Hoffman; L. (1981). **Fundamentos de la Terapia Familiar.** México: Fondo de Cultura Económica.
- 18.- Inda, E. (1991). **El Ciclo Vital de la Familia** México: Posada
- 19.- Kolb, C. (1995). **Psiquiatría Clínica Moderna.** México: Prensa Medica Mexicana.

- 20.- Kubler Ross, E. (1985). **Una Luz que se Apaga**. México: Pax Mex.
- 21.- Leveton, N. (1994). **El Adolescente en Crisis y Terapia Familiar**. México: Pax Mex.
- 22.- López, E; Medina, M; Villaloro, J; Juárez, F; Carreño, S; Berenzón, S; Rojas, E. (1995). La Relación entre la Ideación Suicida y el Abuso de Sustancias Tóxicas, Resultado de una encuesta en la Población Estudiantil. México. **Revista de Salud Mental**. (25-32).
- 23.- Mandariaga, J. (1991). Mentalidad: Estabilidad y Cambio, Un Estudio de Actitudes ante la Muerte en los siglos XVIII y XIX. En: Clemente, M., & González, A. **Suicidio, Una Alteración Social**. España: Biblioteca Nueva
- 24.- Menninger, K. (1972). **El Hombre Contra Sí Mismo** Barcelona: Ediciones Península.
- 25.- Minuchin, S; Fishman, H. (1987). **Técnicas de Terapia Familiar** México: Paidós.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

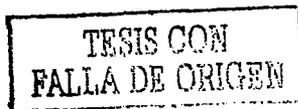
- 26.- Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A., & Borges, G: (1998).
La Ideación suicida y su Relación con la De-
sesperanza, el Abuso de Drogas y Al-
cohol. México. **Revista de Salud Mental.** (20-27)
- 27.- Mouján, O. (1997). **Abordaje Teórico y Clínico de Ado-
lescente**
Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- 28.- Mckinney, J; Fitzgerald, H; Strommen, E. (1982). **Psicología del Desa-
rrollo, Edad Adolescente.**
México: Manual Moderno
- 29.- Papp, P. (1988). **El Proceso de Cambio**
Argentina: Paidós.
- 30.- Pelicier, Y. (1985). En Torno a la Historia del Suicidio
En: Clemente, M; González, A.
Suicidio, Una Alternativa Social. (19-20)
España: Biblioteca Nueva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

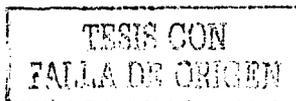
79

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- 31.- Rosman, B. (1979). **Perspectivas de desarrollo en la Terapia Familiar con lo Hijos.** En: Fishman, H; Rosman, B. **El-Cambio Familiar: Desarrollo De Modelos.** (241-247). España: Gedisa.
- 32.- Sabbath, J. (1969). **El Adolescente Suicida. La Psiquiatría Infantil Prescindible.** En: Fishman, H. **Tratamiento de adolescentes con problemas Un enfoque de Terapia Familiar.** (272-285) España: Paidós.
- 33.- Salcido, M. (1997). **Modelos de Intervención Sistémica en Familias Desvinculadas con Hijos Adolescentes.** México. **Revista Psicología y Ciencia Social.** (38-43).
- 34.- Satir, V. (1986). **Psicoterapia Familiar Conjunta.** México: Prensa Medica Mexicana.
- 35.- Teicher., J y Jacobs, J. (1966). **Adolescentes que intentaron Suicidarse: Resultados Preliminares** En: Fishman, H. **Tratamiento de Adolescentes con Problemas. Un Enfoque de Terapia Familiar.** (198) España: Paidós.



- 36.- Villardón, L. (1993). **El pensamiento del Suicidio en la Adolescencia..** En: Clemente, M. González, A. **Suicidio, Una Alternativa Social.** España: Biblioteca Nueva.
- 37.- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). **Teoría de la comunicación humana, Interacciones, Patologías y Paradojas**
España: Herder.
- 38.- Watzlawick, P; Weakland, J; Fisch, R. (1989). **Cambio. Formación y Solución de los Problemas Humanos.**
Barcelona: Herder.
- 39.- Zubiria, A. (1999). **Suicidio. Curso Fundamental de Tanatología**
México: Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria Ed.



ANEXOS

82

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO No. 1

CUADRO COMPARATIVO DE SUICIDIOS OCURRIDOS EN 1997 Y EL PRIMER SEMESTRE DE 1998.

<u>AÑO COMPLETO DE 1997</u>	
- Suicidios causados por arma de fuego	47
- Suicidios causados por asfixia	139
- Suicidios causados por intoxicación	30
- Suicidios debidos a heridas por arma blanca	11
TOTAL	227

<u>PRIMER SEMESTRE DE 1998</u>	
- Suicidios causados por arma de fuego	13
- Suicidios causados por asfixia	140
- Suicidios causados por intoxicación	30
- Suicidios debidos a heridas por arma blanca	15
TOTAL	198

83

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN